LE
VOLVULUS
DE
L'ANSE OMÉGA

LE

VOLVULUS

DE

L'ANSE OMÉGA

PAR

Le Docteur Paul BOBIER

ANCIEN INTERNE DU DOCTEUR PÉAN

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1896

Avant-propos et division.

L'anse oméga se tordant autour d'un axe formé par le méso qui la supporte, un volvulus (*volvere*) est constitué, et la pression qu'exerce ce méso sur cette partie de l'intestin est telle que le cours des matières est arrêté, car la situation des deux extrémités de l'anse oméga se trouve par ce fait même absolument intervertie.

Le volvulus étant une cause encore assez fréquente d'occlusion aiguë, surtout le volvulus de l'anse oméga et aucune monographie n'en ayant été faite depuis 1882 (thèse de Liébault), époque à laquelle on commençait à peine à pratiquer la laparotomie pour ce genre de lésion, nous avons été heureux, suivant en cela les conseils de notre excellent et très affectionné maître, M. le Dr P. Michaux, chirurgien des hôpitaux de Paris, de terminer nos études médicales, en nous occupant de rechercher dans la littérature française et surtout étrangère tous les cas de volvulus de l'S iliaque diagnostiqués, opérés ou reconnus à l'autopsie, de façon à pouvoir, sous forme de monographie, tirer des conclusions tant au point de vue étiologique et mécanique, qu'à celui du diagnostic et de l'intervention.

Si, en effet, nous parcourons les 9 observations de volvulus de l'S iliaque relatées dans la thèse de Liébault, il y a à peine 14 ans, nous sommes surpris de voir que sur ces 9 cas, non seulement aucun des malades n'avait subi la laparotomie, mais que tous en étaient morts plus ou moins

rapidement. Depuis cette époque l'antisepsie a fait de nombreux progrès. A l'étranger et en France la laparotomie a permis, comme mode d'exploration quelquefois; mais surtout comme méthode curative, de reconnaître et de guérir un nombre assez considérable de malades atteints de cette affection pour que nous ayons trouvé un vif intérêt à reproduire celles des observations de volvulus de l'S iliaque qui nous ont paru les plus intéressantes et à en faire le sujet de ce travail.

Ce n'est pas au hasard que nous avons choisi les observations qui sont à la fin de ce modeste travail. Après avoir lu et parcouru tout ce que les littératures française et étrangère contiennent de cas de volvulus de l'iliaque, il nous a semblé qu'il serait plus intéressant de laisser de côté celles où, la maladie ayant été diagnostiquée ou non, le malade a ou n'a pas été laparotomisé, est mort ou a survécu pour ne collationner en quelques pages que les observations d'un intérêt quelconque touchant la symptomatologie, le diagnostic ou le traitement de la maladie en question et qui ont été publiées dans ces dernières années. Peu nous importent en effet les cas qui ressemblant aux précédents ne peuvent avoir qu'un intérêt de statistique et ne sauraient nous permettre de tirer des conclusions utiles. On trouvera d'ailleurs au chapitre de l'histoire de cette affection et à l'index toutes les indications bibliographiques des cas de volvulus de l'anse oméga dont il est fait mention dans les livres ou les revues scientifiques de façon à faciliter les recherches à plus autorisés que nous.

En faisant tout d'abord l'historique de la question, nous essayerons de montrer les progrès qui ont été réalisés

depuis que les praticiens ont pu s'occuper d'une façon favorable pour leurs malades ou pour eux-mêmes de ce point assez particulier de la chirurgie abdominale, puis dans un second chapitre d'anatomie qui sera court nous ne nous occuperons exclusivement que de la situation topographique de l'anse oméga chez l'adulte, étant donné que le volvulus de cette région ne se rencontre pour ainsi dire pas chez l'enfant.

Nous dirons un mot de l'anatomie pathologique pour insister davantage sur le mécanisme et l'étiologie de ce mode d'étranglement interne.

Dans les chapitres suivants nous décrirons les signes auxquels on reconnaîtra cette affection et ceux par lesquels on la distinguera des maladies pouvant la simuler.

Enfin, que l'on nous autorise à insister un peu sur le traitement, qui est assurément le point le plus essentiel à bien connaître.

Au moment de terminer nos études médicales nous sommes heureux de jeter un coup d'œil en arrière sur ces années si rapidement écoulées ; fier et reconnaissant de penser que nous avons été l'élève de maîtres aussi bons, aussi distingués, toujours prêts à dépenser leurs instants et souvent leur patience, pour l'instruction et le bien de ceux qui, comme nous, ont eu l'honneur de les approcher.

Nous remercions bien vivement M. le Pr Tillaux sous l'égide duquel nous avons commencé et terminé nos études médicales puisqu'il a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Nous prions M. le Dr Bucquoy de bien vouloir agréer

l'expression de notre reconnaissance pour l'enseignement précieux qu'il nous a donné et pour toutes les marques de bienveillance dont il nous a si souvent comblé.

Si nous avons passé deux années consécutives dans le service de M. le Dr L. Labbé à l'hôpital Beaujon, c'était la première, pour avoir le droit de dire que nous avions été son élève et la seconde pour continuer sous ses auspices et ceux de son assistant d'alors M. le Dr P. Michaux, aujourd'hui chirurgien des hôpitaux, les excellentes leçons que nous y avions reçues. Qu'il nous soit permis ici en souvenir du passé d'adresser à ces deux excellents maîtres tous nos sentiments de gratitude et de dévouement.

Nous n'oublierons jamais le bon enseignement qui nous a été donné également à Beaujon dans le service d'accouchement du Pr Ribemont-Dessaignes et nous le remercions de ce qu'il a bien voulu faire pour nous, pendant que nous étions son externe.

C'est enfin, comme interne du Dr Péan, que nous avons cette dernière année terminé nos études chirurgicales. Nous prions cet excellent maître de bien vouloir se souvenir de nous comme d'un élève dévoué et reconnaissant.

Merci aussi bien sincèrement et cordialement à M. le Dr de Launay, son chef de clinique, qui fut toujours pour nous un bon conseiller et qui est resté un ami.

M. les Drs Roux (de Lausanne), Prioleau (de Brive), Hartmann (de Paris) voudront bien agréer nos sentiments de vive gratitude, pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont communiqué leurs intéressantes publications.

Notre très cher ami P. Rudaux, interne des hôpitaux de Paris, voudra bien se rappeler qu'il a contribué à nous

aider dans ce travail et croire toujours à notre très grand attachement.

Pendant 3 ans, en dehors de la faculté, nous avons été l'élève du Dr Lenoir des Pallières. Il sait ce que nous lui devons d'affection et de dévouement. Ses leçons nous ont été aussi précieuses que son amitié.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Ce n'est seulement que dans la deuxième partie de ce siècle que les chirurgiens commencent à s'occuper de la question d'une façon plus suivie. Avant 1860 les cas bien avérés de volvulus de l'S iliaque sont rares. Rokitansky le premier en 1837 avait essayé de faire une classification des étranglements rotatoires de l'intestin (*Arch. génér. de méd.*, 2e série, t. XIV, p. 202). Parker (1) (1845) mentionne un cas de strangulation de l'anse sigmoïde par un iléus ; trois ans après Mackensie (2) rapporte deux cas bien avérés d'occlusion par torsion de l'S iliaque.

Trousseau dans ses cliniques (1857, page 200) parle d'un individu qui, opéré par Jobert d'une gastrostomie, mourut peu de temps après de péritonite et chez lequel on constata que l'S iliaque, retournée sur elle-même, avait été la cause des accidents.

Deux ans plus tard Melchiori (3) publie un travail très intéressant, à la suite d'expériences sur le volvulus de l'S iliaque ; et l'année suivante Giraldès (4), en ayant réuni 10 cas, reprend le travail de Melchiori et montre que tous

(1) PARKER, *Edimb. Med. and Surg. J.*, 1845, LXIV, p. 30.6.8.

(2) MACKENSIE, *Med. Gaz.*, London, 1848.

(3) MELCHIORI, Dell'volvolo dell' Siliaca. *Annali universali di Medicina*, Milan, 1859.

(4) GIRALDÈS, *Bull. Soc. chir.*, Paris, 1860, p. 334.

ses malades meurent en peu de temps d'asphyxie consécutive à un météorisme considérable. Nous arrivons à 1860. C'est l'époque où Duchaussoy et Besnier communiquent leurs importants mémoires à l'Académie de médecine de Paris sur le traitement des occlusions intestinales où l'anatomie pathologique du volvulus y est déjà faite de main de maître. Cinq observations de volvulus de l'S iliaque ont été recueillies d'après P. Hervett et Parker (1), Easton (2), Barlow (3), Busk (4).

Gruber (5) en 1863 traite des torsions de l'anse sigmoïde et en fait également l'anatomie pathologique en même temps qu'il en indique le mécanisme. Le même auteur en 1869 revient sur ce sujet et il pense que le ligament mésentéro-mésocôlique qu'il a décrit doit être considéré comme la cause de l'empêchement de la détorsion. En 1870, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, M. le professeur Tillaux préconise les injections forcées pour obtenir la détorsion. En 1874 mentionnons les deux cas de volvulus du côlon descendant publiés par Revilliod dans le n° VIII du *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande* et l'article de Leichtenstern sur les occlusions intestinales où il donne 76 indications d'observations semblables. La torsion siégeait 45 fois sur l'S iliaque (*Ziemssen's Handbuch*, VII, Prague, 1873-74). L'année suivante paraît en même temps que la thèse d'Erlanger (Paris) un

(1) *Edimb. Med. et Surg. J.*

(2) *Monthley J.*, 18.

(3) *Arch. gén. méd.*, 4e sér., vol. VIII.

(4) *Path. soc. of London*, vol. V-I, p. 108.

(5) *Arch. f. Path., An. Berl.*, 1863, XXVI, 377-91.

travail d'Esaü (1) qui donne définitivement le nom de Achsendrehung (torsion sur l'anse) au genre de lésion qu'il a observé sur un malade porteur d'un volvulus de l'S iliaque, et en France les 3 cas de M. Léger (2) qui font le thème du rapport de M. Rendu à la Société anatomique, pour la candidature de cet auteur.

En 1877 le Dr Faucon lit à la Société de chirurgie une observation de volvulus de l'S iliaque et montre le mécanisme suivant lequel la torsion s'est effectuée ; deux ans plus tard MM. Barié et Ducastel font à la Société anatomique de Paris, à l'occasion d'un cas récent, une très intéressante communication sur le diagnostic différentiel entre le cancer et le volvulus de l'S iliaque. La même année Spencer Watson (3) en rapporte une observation où l'S, très distendue, était plusieurs fois tordue sur elle-même et M. le professeur Potain fait la même année une clinique à l'hôpital Necker sur deux malades dont les observations sont publiées tout au long dans la thèse de Liébault, 1882. Quelques mois après, Whitney (4) publie un cas de torsion de l'S iliaque amenant en quelques jours la mort du malade et Barton (5) l'année suivante deux faits semblables au précédent.

Marcano en 1883 traite dans l'*Union médicale* de Caracas, III, des étranglements rotatoires de l'S iliaque. C'est une relation intéressante à consulter.

Cette même année W. Roser (6) fait paraître sa monographie traitant « des opérations du volvulus ».

(1) *Deut. Arch. für kl. Med.*, 1875.
(2) *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1875.
(3) *Med. Times and Gaz.*, Lond., p. 31, 1879.
(4) *Ann. Med. Bisweckly*, Louisville, 1877, X et 1879, p. 123-26.
(5) *Brit. M. J.*, 1882, II, p. 1257 et 1883, 3e sér., LXXV, p. 82.
(6) *Centralb. für Chir.* Leipsig, 1883, X, p. 681.

En France Prioleau (1) insère dans le *Journal de Médecine* de Bordeaux une curieuse observation de volvulus siégeant à l'union de l'S iliaque et du rectum, et Polaillon (2) un autre cas où la laparotomie fut faite sans qu'il ait été possible de détruire le volvulus. Un peu plus tard, en Amérique, Santwoord (3) cite le cas d'un individu atteint de cette affection qui laparotomisé en aurait certainement guéri, s'il n'avait été enlevé par une pneumonie ; de même celui de Lammiman (4) en Angleterre,.qui mourut peu de temps après.

En Suisse Roux (de Lausanne) opère à peu de distance l'un de l'autre deux malades (1887) chez lesquels il diagnostiqua un volvulus de l'S iliaque, grâce au relief très net de l'anse étranglée, avec différence de tonalité à la percussion. Ce signe qu'on a l'habitude d'appeler signe de von Wahl avait donc déjà été étudié et décrit avant que ne paraissent les deux mémoires importants de ce dernier auteur sur la « laparotomie pour l'intestin grêle (5) » et sur le « diagnostic des occlusions intestinales par étranglement ou torsion (6) ». Nous pouvons dire que c'est depuis cette époque que la question du volvulus de l'S iliaque entre dans une phase nouvelle, quant à son diagnostic et à son traitement.

En effet dans le *Brit. Med. journal* (1890), Jesset de Londres pose les règles, qu'un chirurgien doit suivre,

(1) Prioleau, *Journ. de Méd.*, Bordeaux, 1883-4, XIII, p. 38-40.
(2) Polaillon, *France méd.*, Paris, 1883-4, p. 85-90.
(3) Santwoord, *N.-Y. Med. J.*, 1886, XLIII, p. 225.
(4) Lammiman, *Br. M. J.*, London, 1887, II, p. 829.
(5) *Arch. für klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, H. II, p. 233.
(6) *Centr. für Chir.*, 1889, n° 9, p. 153.

lorsqu'il se trouve en présence d'un malade atteint de volvulus de l'S iliaque. Un an après en France, Péraire (1) cite un nouveau cas de laparotomie pour volvulus siégeant au niveau de l'anse oméga et se terminant par la mort du malade consécutive à une pneumonie.

Lyot, plus heureux, sauve son malade (2).

Villar, de Bordeaux (cité par Tornu), pratique une colopexie transverse, pour empêcher une récidive.

Von Sampson (3), reprenant alors la question, cite dans son intéressant mémoire les opinions de la plupart des chirurgiens allemands, touchant l'anatomie et la pathologie de l'anse sigmoïde. En même temps, H. Roser fait paraître les résultats qu'il a obtenus et indique quel doit être le « traitement opératoire des torsions de l'S iliaque (4) ».

Pendant l'année 1893 nous devons signaler les communications ou ouvrages suivants : Kiwull, *Sur la casuistique de la laparotomie dans les volvulus de l'anse sigmoïde* (5) ; Melsome, *Variétés de l'anse sigmoïde du côlon* (6) ; Gayo, *Un cas de volvulus de l'anse sigmoïde, réduction après section abdominale* (7) ; Mac Ardle, *Le traitement du volvulus de l'anse sigmoïde* (8) ; P. Michaux, *Du volvulus de l'S iliaque, de son traitement chirurgical* (9).

Enfin un cas de récidive de cette affection opéré et guéri

(1) Péraire, *Bull. Soc. Anat.*, 1891.
(2) Lyot, *Bull. Soc. Anat.*, 1892.
(3) Von Sampson, *Arch. für klin. Chir.*, XXIV, Berlin, 1892, p. 209.
(4) Roser, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, XIII, 1892.
(5) *St-Petersb. Med. Woch.*, 1893, X, p. 437, N. F. 93.
(6) *Proc. Anat. Soc. Gr. Br. et Ir.*, London, XXX, 93.
(7) *Ann. of Surg. Phil.*, XVII, 93, p. 28.
(8) *Dubl. J. Med. Soc.*, XCV, 1893, p. 97.
(9) *Dernier Congrès de chirurgie de Paris*, 1895.

par le Dr Finney, d'Amérique (1). Au dernier congrès de chirurgie M. Hartmann répondant à M. Michaux préconise la large incision des parois abdominales et recommande de prendre la situation de Trendelenburg pour faciliter la recherche du pédicule.

En janvier 1894 Roux (de Lausanne) (2) cite deux nouveaux cas qui sont deux récidives. Il les opère avec succès et pratique l'opération de la méso-sygmopexie pour empêcher une nouvelle rechute. Obalinski publie 110 observations de laparotomie pour iléus (3), où l'on voit que sur 19 cas de volvulus de l'S iliaque il a obtenu 9 guérisons.

Sharpless (4) en Amérique relate un autre succès.

Catrin en France signale le cas d'un individu, mort au 6e jour de volvulus de l'S iliaque, sans avoir eu de vomissements fécaloïdes (5).

Roux (6) en Suisse a opéré pour la 3e fois (2e rechute) son même malade. Il complète sa méso-sygmopexie, en suturant le péritoine dans toute sa hauteur presque jusqu'au niveau de la ligne blanche.

Lennander (7) en Autriche, à deux reprises différentes fait deux laparotomies chez deux malades atteints de volvulus de l'anse sigmoïde et pratique, après reposition de l'anse, une typhlostomie.

(1) *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1893.
(2) Roux, *Rev. méd. de la Suisse romande*, I, 1894.
(3) Obalinsky, *Arch. f. klin. Ch.*, XLVIII, I, 1894, p. 1.
(4) Sharpless, *Med. sentin. Portl. Orégon*, II, 1894, p. 336.
(5) *Bull. et Mém. Soc. méd. des hôpit. de Paris*, XI, 1894, p. 697.
(6) Roux, *C. f. Chir.*, Leipsig, 1894, p. 865.
(7) Lennander, *Wiener klin. Woch.*, VII, 1894, Vienne, p. 574.

En 1895 Angelesco (1), interne des hôpitaux de Paris, communique à la Société anatomique un cas d'étranglement par torsion du gros intestin, avec une disposition spéciale du mésocôlon descendant.

Bentham (2) en Angleterre, un mémoire sur un cas d'occlusion intestinale aiguë causée par un volvulus de l'S iliaque traité et guéri par la section abdominale, et Gould (3), un fait semblable où, pour empêcher la récidive, il suture l'intestin à la paroi abdominale.

Prioleau (de Brive) rapporte quelques observations de malades traités et guéris par les lavements gazeux et la ponction capillaire des anses surdistendues (4).

Enfin tout dernièrement (1896), ce même auteur, ayant été assez heureux pour sauver deux nouveaux malades par ce même traitement, en fait le sujet d'une communication au dernier congrès de Carthage.

Signalons en dernier lieu, pour être complet, le volume intitulé : *Les occlusions aiguës de l'intestin, par le Dr Cahier. Biblioth. Médic. Charcot-Debove* (1896).

(1) Angelesco, *Bull. de la Soc. Anat.*, janv. 1895.
(2) *Soc. clin. de Londres*, mai 1895.
(3) Gould, *Soc. clin. de Londres*, mai 1895.
(4) Congrès de Bordeaux, 1895.

CHAPITRE II

Anatomie topographique de l'anse oméga chez l'adulte.

L'S iliaque a vécu si nous en croyons les descriptions des anatomistes modernes. La disposition et la situation de cette anse sont entièrement variables et si nous l'étudions aux différents âges de la vie, fœtus, enfant, adulte, vieillard, nous trouvons des différences considérables ; ce qui nous explique les nombreuses conceptions de cette portion du gros intestin. Les descriptions de Sappey et de Cruveilhier ont été longtemps classiques ; aussi devrons-nous décrire d'abord l'S iliaque tel qu'on le décrivait avant les descriptions actuelles : « Le plus souvent, dit Sappey, on la voit se porter d'abord obliquement en haut et en dedans, se réfléchir ensuite pour se diriger presque verticalement en bas, au-devant du muscle iliaque, en décrivant une courbure à concavité inférieure puis se dévier de nouveau en formant, au-devant du grand psoas, une seconde courbure à concavité supérieure et se continuer alors avec le rectum. La portion iliaque est la plus mobile des quatre parties du côlon ; elle emprunte cette mobilité au mésocôlon iliaque. Ce repli, plus large dans sa partie moyenne qu'à ses extrémités, se termine supérieurement en pointe en se continuant avec le mésocôlon gauche, lorsque celui-ci existe et s'unit inférieurement au mésorectum ; il offre quelquefois assez de longueur pour permettre à l'S

iliaque de remonter jusqu'à l'ombilic et même pour se prolonger à droite jusqu'au côté interne du cœcum. Chez l'adulte l'S iliaque répond par sa partie antérieure à la paroi abdominale si elle est dilatée, aux circonvolutions de l'iléon qui la recouvrent, si elle est rétractée. Quelquefois, ces circonvolutions en s'insinuant entre elle et la paroi abdominale, la refoulent en haut et en dedans, lorsqu'elle remonte vers l'ombilic ou vient s'accoler au cœcum ».

Huguier le premier, en 1859, avait fait des recherches chez le fœtus et avait constaté que l'S iliaque n'occupait pas la fosse iliaque gauche, mais atteignait le cœcum à droite, le rectum commençait alors au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite ; Sappey du reste reprend les travaux d'Huguier et conclut comme lui que :

1° Chez le nouveau-né la fosse iliaque gauche est remplie le plus habituellement par les circonvolutions de l'intestin grêle ;

2° Que l'S iliaque est logée dans l'excavation pelvienne ;

3° Que le rectum a pour limite supérieure la symphyse sacro-iliaque droite.

Hocquart en 1880 constate que l'S iliaque plonge dans l'excavation devant le rectum, surtout chez le vieillard et l'adulte.

En 1885 Trèves décrit l'anse oméga dont la branche supérieure est située dans la fosse iliaque gauche appartenant au côlon descendant et la branche inférieure est constituée par la portion du rectum qui va de la 3e vertèbre sacrée au coccyx.

Schiefferdecker en 1886 dit que deux cas peuvent se présenter dans la situation de l'anse sigmoïde :

1° La fin du côlon est située en dehors de l'S iliaque.

2° La fin du côlon est située en dedans de l'S iliaque.

M. Paul Delbet résume ainsi les conclusions de cet auteur :

« Dans le 1er cas. Fin du côlon descendant placée en dehors de l'S iliaque se subdivise de la manière suivante :

A. L'anse descend dans le petit bassin. La fin du côlon est généralement située plus bas que l'épine iliaque antéro-supérieure. L'anse peut :

α) Rester tout entière dans la moitié gauche du bassin ;

β) Passer devant le rectum de gauche à droite ;

γ) Passer à droite du rectum.

B. L'anse occupe une situation précisément inverse, c'est-à-dire qu'elle monte appliquée à la paroi postérieure de l'abdomen.

α. Elle reste dans la moitié gauche du corps. Elle est solidement fixée à la paroi postérieure de l'abdomen et seul l'angle supérieur reste mobile.

. Elle atteint la fosse iliaque droite et recouvre la partie terminale de l'intestin grêle.

C. Des anses d'intestin grêle se glissent derrière l'iliaque en si grande quantité parfois que l'S vient s'adosser immédiatement à la paroi abdominale antérieure.

« Dans le 2e cas. Fin du côlon descendant, placé en dedans de l'S iliaque, ne comporte qu'une variété. La fin du côlon est adossée à l'articulation sacro-iliaque gauche. L'anse forme d'abord un arc dont la convexité regarde en bas et à gauche, remonte devant le côlon en s'inclinant à droite, puis se porte à gauche, redescend dans la fosse iliaque gauche qu'il traverse, pour aboutir au promontoire où il se continue à angle droit avec le rectum.

« D'une manière générale Schiefferdecker considère après Hiss que la situation de l'S iliaque dans l'excavation est la situation normale parce qu'elle est plus rationnelle au point de vue embryologique et mécanique, mais c'est là une conclusion d'ordre moral, et qui ne s'appuie nullement sur le pourcentage des cas ».

Jonnesco fait à la Société anatomique de Paris en 1889 une communication où il décrit le côlon pelvien en montrant sa situation normale dans le bassin.

Cl. Von Samson (Thèse de Doprat, 1890), résume ses recherches sur le cadavre dans un tableau :

La flexure sigmoïde présente la disposition classique	18	fois	44 0/0
Elle descend lâchement flexueuse dans le bassin sans affecter de rapports avec le promontoire	6	»	13 0/0
Elle monte jusqu'au foie.	3	»	7 0/0
— cœcum	1	»	2 0/0
Elle s'étend jusqu'à la rate	5	»	12 0/0
Elle affecte la position en volvulus dans le bassin	5	»	12 0/0
Elle monte jusqu'à l'épigastre formant là un volvulus.	1	»	2 0/0
L'S iliaque monte directement du fond du bassin à la fin du côlon.	1	»	2 0/0
L'S iliaque est placée très contournée dans le bassin.	1	»	2 0/0

En France Jonnesco continue ses dissections et nous les révèle dans plusieurs publications : *Hernies rétro-péritonéales*, 1890; *Le côlon pelvien* (Thèse de Paris, 1892).

Enfin dans le volume consacré au tube digestif de l'anatomie publiée sous la direction de M. Poirier.

C'est en nous servant de cet ouvrage que nous allons décrire le côlon pelvien tel qu'on le comprend actuellement.

Nous laisserons de côté le côlon iliaque qui n'a rien à voir avec l'S iliaque des classiques, il est rectiligne et fixé par un court méso à la fosse iliaque.

Le côlon pelvien est limité en haut par le bord interne du psoas gauche, c'est-à-dire au détroit supérieur où il se continue avec le côlon iliaque, en bas il se continue avec le rectum au niveau de la 3e vertèbre sacrée. Ce côlon pelvien présente un long mésentère ou mésocôlon pelvien qui lui sert de moyen de suspension, assez lâche il est vrai, ce qui lui permet des déplacements et le prédispose au volvulus.

La longueur de cette portion d'intestin est très variable, de 20 à 50 centimètres.

Situé le plus souvent dans la cavité pelvienne, 92 0/0, et non dans la cavité abdominale, où on ne le trouve que 8 0/0, il présente le trajet suivant : il naît sur le bord interne du psoas, tantôt en haut près de la symphyse sacro-iliaque gauche, tantôt plus bas, il plonge dans la cavité pelvienne en suivant le flanc gauche du petit bassin. Il descend alors verticalement le long de cette paroi et un peu au-dessus du plancher pelvien où à son niveau il s'infléchit et se porte de gauche à droite. Sur le flanc droit du petit bassin, il s'infléchit pour la 2e fois et se dirige en bas et à gauche vers le corps de la 3e vertèbre sacrée où il se continue avec le rectum. Dans ce trajet, il présente donc trois portions et deux courbures.

Cette situation, que Jonnesco considère comme normale,

ne l'est réellement que lorsque le côlon pelvien est vide ou est faiblement distendu. Mais dans deux cas particuliers il peut être refoulé dans l'abdomen ne trouvant pas dans la cavité pelvienne une place suffisante pour se loger :

1° Lorsqu'il est distendu d'une façon exagérée ;

2° Lorsque les autres viscères pelviens, vessie, rectum, utérus, augmentent de volume physiologiquement ou pathologiquement.

La situation permanente dans l'abdomen est rare ; parti de la symphyse sacro-iliaque gauche, il monte verticalement tantôt en avant, tantôt en dedans du côlon descendant auquel il est parallèle ; se recourbant ensuite de gauche à droite, il décrit une anse à concavité inférieure et descend de droite à gauche vers la symphyse sacro-iliaque droite au niveau de laquelle il pénètre dans le petit bassin.

Cette anse plus ou moins longue peut occuper des situations variables, elle peut dans certains cas remonter en avant de la masse intestinale jusqu'à l'ombilic et même l'épigastre ou être déjetée tout entière dans une des fosses iliaques.

Chez le fœtus cette portion, colique à cause du peu de développement de la cavité pelvienne, ne peut pas être logée dans cette cavité ; elle forme l'anse oméga de Trèves, mais ces faits nous intéressent peu pour l'étude de notre sujet, aussi ne parlerons-nous pas des travaux de Meckel, Huguier, Giraldès, Béraud, Verneuil, Bourcart, Lesshaft qui ont étudié le trajet de l'S iliaque chez le nouveau-né. Quant aux rapports, nous avons vu, en étudiant sa situation exacte, qu'il était tantôt dans l'excavation pelvienne,

tantôt dans l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque gauche.

Pour l'atteindre, deux voies nous sont ouvertes : suivant que l'on procède d'avant en arrière ou d'arrière en avant.

D'avant en arrière nous trouvons : la peau, le tissu cellulaire, les muscles droits entourés de leur gaîne aponévrotique, le fascia transversalis, la cavité de Retzius et le péritoine formant plus haut un cul-de-sac, puis la vessie, nous arrivons alors sur l'anse pelvienne du côlon ; chez la femme, l'utérus et les ligaments larges sont interposés entre la vessie et le côlon.

En arrière le rectum le sépare de la concavité du sacrum et des organes qui sont en rapport avec cet os.

En bas il plonge dans le cul-de-sac de Douglas et repose sur l'ampoule rectale.

En haut il est recouvert par les anses de l'intestin grêle flottant.

Jonnesco décrit des liens rattachant le côlon aux viscères avec lesquels il entre en rapport, entre autres le ligament infundibulo-colique l'unissant à la trompe et même à l'ovaire gauche.

Si le côlon pelvien occupe la fosse iliaque droite par refoulement dans l'abdomen, cas rare, il entre en rapport en avant avec la paroi abdominale, mais à l'état de vacuité, il arrive fréquemment que des anses de l'intestin grêle viennent s'interposer entre lui et la paroi.

En arrière il repose : 1° sur le muscle iliaque recouvert par le fascia iliaca, 2° sur le muscle psoas, contenant dans son intérieur les branches du plexus lombaire qui descendent obliquement en bas et en dehors, 3° sur les vaisseaux

iliaques externes qui longent le bord interne du psoas.

PÉRITOINE DU CÔLON PELVIEN. — Il nous reste un point important à étudier qui nous servira à expliquer la facilité avec laquelle se produit le volvulus de l'S iliaque, c'est le méso-péritonéal qui le rattache à la paroi postérieure.

Sur le côlon iliaque le péritoine passe en avant de lui, l'accolant à la paroi, ou bien forme un court méso. A partir du psoas, le péritoine se comporte de la même façon que sur l'intestin grêle. Il revêt sa face supérieure, son bord antérieur, sa face supérieure et au niveau du bord postérieur il s'adosse à lui-même et forme un long repli qui va se fixer à la paroi postérieure de la cavité abdomino-pelvienne.

Ce mésocôlon pelvien comme le mésentère est très court à ses deux extrémités. Sa longueur maxima est à la partie moyenne. Son insertion pariétale très fixe part du bord externe du psoas, qu'il croise ensuite de gauche à droite, se redresse, suit son bord interne de bas en haut et de dehors en dedans jusqu'au niveau de la 4e ou de la 5e vertèbre lombaire. Il s'infléchit alors en bas et en dedans, croise l'artère iliaque primitive gauche, le flanc gauche de la 5e vertèbre lombaire ; au niveau de l'angle sacro-vertébral, il descend verticalement jusqu'à la 3e vertèbre sacrée où il se termine.

Le bord viscéral est très mobile comme la portion de l'intestin à laquelle il se fixe.

Nous mentionnerons pour être complet la présence de la fossette intersigmoïde signalée par Heunswig et par Roser, puis décrite par Treitz Waldeyer, Trèves, Toldt, Jonnesco, Rogie, etc. Elle est située entre le mésocôlon et la paroi

abdominale et l'on aperçoit son orifice en redressant en haut le côlon pelvien et son mésentère.

Au point de vue de la pathogénie du volvulus, ainsi que nous allons le voir tout à l'heure, il est utile de rappeler en finissant le rôle de réservoir que joue cet organe. C'est en effet à son niveau que s'accumulent les déchets de l'alimentation qui doivent être éliminés.

A la suite de constipation habituelle, le séjour prolongé des fèces en cet endroit l'entraîne dans les parties déclives, en amenant par ce fait même une élongation quelquefois considérable de son méso. C'est alors, que sous l'influence de mouvements péristaltiques énergiques, d'un déplacement rapide et violent, d'un effort quelconque, ce paquet de matières fécales suspendu à son méso, comme un paquet à une corde, pourra évoluer sur lui-même ou autour de son axe de suspension et constituer un volvulus.

CHAPITRE III

Étiologie et mécanisme.

Le volvulus vrai, consistant en la rotation d'une portion d'intestin autour d'un axe formé par le mésocôlon ou le mésentère, est d'une manière générale une affection rare. Ne voyons-nous pas en effet, que dans la statistique de Leichtenstern portant sur 1541 cas d'occlusion, il en est à peine 2,10 0/0 : résultat d'étranglement par enroulement. Il est certain qu'un grand nombre de cas de volvulus ont dû être méconnus, soit qu'ils n'aient pas été diagnostiqués pendant la vie du malade, soit qu'ils se soient réduits d'eux-mêmes au cours d'une laparotomie ou à l'autopsie.

Causes prédisposantes. — Fréquence et siège. — Quoi qu'il en soit le volvulus se rencontre de préférence au niveau de l'anse oméga ; d'après la statistique de Trèves ce siège représenterait environ le quarantième de tous les cas d'occlusion intestinale par volvules, environ dans les 2/3 des cas. Concluons donc avec Barton : Le volvulus est une affection rare se rencontrant de préférence au niveau du gros intestin et plus particulièrement de l'S iliaque.

Influence de l'âge et du sexe. — C'est surtout vers la fin de l'âge adulte ou encore aux approches de la vieillesse que se produisent la plupart des cas. Signalons cependant celui de Leichtenstern où un volvulus de l'S iliaque fut

rencontré chez un enfant de 10 ans. L'homme paraît plus souvent atteint que la femme, dans les 3/4 des cas environ.

Influence anatomique. — La plupart des auteurs pensent que plus le mésocôlon de l'S iliaque est court, moins celui-ci aura de tendance aux déplacements ou inversement une élongation anormale du mésocôlon iliaque paraît nécessaire pour la formation d'un volvulus. Cette laxité que l'on rencontre encore assez fréquemment semble donc être la cause prédisposante et anatomique des déplacements qui se produisent sous une influence déterminante quelconque et qui peuvent produire soit un simple déplacement dans un sens ou dans l'autre, la coudure rarement ou le volvulus souvent.

Une portion quelconque d'intestin étant donc d'autant plus exposée au volvulus que son mésentère est plus allongé, il est facile de comprendre pourquoi la plupart des auteurs ont considéré cette affection comme beaucoup plus fréquente au niveau de l'S iliaque, où cette disposition du mésentère long et lâche peut non seulement être congénitale mais acquise quand, par exemple, à la suite d'une constipation habituelle elle se trouve être presque toujours remplie de matières fécales qui, par leur poids, tendent à l'entraîner dans les parties déclives, en déterminant petit à petit une élongation de la portion du mésocôlon qui la supporte.

A ces causes il faut ajouter les suivantes, toutes hypothétiques d'ailleurs :

Réplétion inégale des deux branches de l'anse et chute de l'une par dessus l'autre (Küttner).

Mésocôlon étroit (Rokitansky, d'après Gruber) Trèves ; d'après Eichhorst le mésocôlon étroit est normal.

Anse longue (Kœnig, Walther, Hartmann). La longueur excessive d'après Küttner ne prédispose pas au volvulus. C'est la nourriture végétale qui produit un intestin long (Kœnig).

Anse longue avec attachement faible (Rokitansky, Leichtenstern).

Points (de base terminaux) rapprochés, voisins (Trèves, Leichtenstern). D'après Virchow, la cause résiderait dans une péritonite chronique mésentérique. De même, d'après Leichtenstern qui a trouvé cette forme à l'état congénital. Strümpell est du même avis.

Entéroptose (Prioleau).

Influence de l'alimentation. — Il est alors facile de comprendre combien l'alimentation est capable de jouer le rôle de cause prédisposant à la formation d'un volvulus dans cette région, surtout les excès quotidiens ou anormaux de nourriture. Linden a soutenu cette thèse que l'alimentation presque exclusivement végétale est une cause prédisposante fréquente de cette variété d'étranglement chez les paysans russes.

Causes efficientes. — Étant donné un individu qui présente plus ou moins ces dispositions précédentes, il est à remarquer que la plupart des cas de volvulus de l'S iliaque sont survenus à la suite d'un acte de violence quelconque. Catrin pense que le volvulus dont son malade est mort, devait être survenu sous l'influence de la colère violente qu'il avait éprouvée six jours auparavant.

Chez le malade de Lyot ce fut un effort de défécation.

Celui de Kiwull ressentit les premières coliques après l'effort qu'il avait fait pour soulever un fardeau de 200 livres. Les diarrhées, coliques, choléra, toutes les affections qui communiquent à ces parties de l'intestin des mouvements poussants isolés, sont considérées comme causes efficientes. Signalons encore : les contusions qui frappent le ventre (Kœnig), les erreurs de diète, les efforts corporels de toute nature, la pression exagérée (Uhde), les repas abondants (Staffel), les mouvements péristaltiques énergiques (Kœnig, Ziegler). Un mouvement péristaltique énergique dans les cas d'attachement faible (Klebs). Citons, en dernier lieu, l'opinion du Dr Prioleau (de Brives). Cet auteur pense que la défécation retardée pour un motif quelconque, le besoin devenant impérieux peut produire le volvulus. C'est le cas de cet individu qui avait toujours eu de bonnes digestions et qui, résistant au besoin, ressentit aussitôt une violente douleur dans le flanc gauche, douleur suivie bientôt d'obstruction des gaz et des selles et de tous les symptômes d'occlusion aiguë. Le Dr Prioleau explique ce mécanisme par la rencontre des mouvements péristaltiques avec les antipéristaltiques se combinant pour produire une torsion (on sait en effet que lorsque le bord fécal, descendant dans le rectum, n'est pas rendu, il remonte vers l'S iliaque par des mouvements antipéristaltiques) ; or le besoin de défécation existant toujours, une incoordination dans les mouvements intestinaux peut aboutir à la torsion et à l'occlusion.

Il serait facile d'apporter d'autres preuves à l'appui de celles que nous venons d'énumérer ; ajoutons enfin que le volvulus qui survient d'une manière brusque se montre en général pendant la durée du travail de la digestion.

Le volvulus peut être simple, double ou triple suivant le nombre de tours exécutés autour de l'axe mésentérique.

En dernier lieu disons, que le volvulus récidive fréquemment (cas de Roux et de Finney). En effet, l'obstacle au cours des matières fécales étant levé, la cause prédisposante n'en persiste pas moins et voilà pourquoi il est, non pas utile, mais nécessaire de terminer l'opération (après avoir obtenu la détorsion de l'anse enroulée) en raccourcissant le mésocôlon ou mieux en pratiquant l'opération de fixation à la paroi abdominale que Roux préconise et qu'il a employée 3 fois chez ses deux malades, afin d'empêcher une nouvelle récidive.

Mécanisme. — Quand on lit les observations d'occlusions intestinales produites par la torsion de l'anse sigmoïde autour d'un axe passant par le méso qui la supporte, on constate dans la plupart des cas ce fait brutal, à savoir que l'anse oméga se tord sur elle-même en décrivant un tour plus ou moins complet et que l'obstruction s'est produite par le passage de la première portion en avant, puis en arrière de l'autre, ou réciproquement.

En effet « la constipation habituelle distend graduellement l'S iliaque et l'affaiblit en paralysant l'effort de contraction de ses fibres musculaires. Le mésocôlon prend également part à la distension, et le résultat de cette élongation habituelle est de rendre les deux courbures normales de l'intestin beaucoup plus prononcées. Outre cette cause d'ampliation il existe aussi des différences individuelles assez accusées, comme on peut s'en assurer en examinant l'S iliaque sur une série de sujets (1) » (Thiroloix montre à

(1) Rendu, *Bulletin de la Soc. de chir.*, Paris, 1875.

la Société anatomique en 1892 un gros intestin très dilaté avec torsion de l'S iliaque). Walther avait précédemment présenté (Société anatomique, 9 mars 1888) une pièce recueillie sur un homme d'une trentaine d'années, qui présentait une anomalie du gros intestin, avec développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque. Cette anse du côlon présentait une longueur de 70 centimètres depuis son origine à la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, portion fixe de l'S iliaque, jusqu'à l'origine du rectum.

Dans cette même séance Hartmann dit qu'il a eu l'occasion d'observer plusieurs fois cette disposition (1). Deux fois notamment l'anse remontait jusqu'à l'épigastre. On pourrait multiplier les exemples. Or ceci étant admis, M. Rendu ajoute : « Si dans ces conditions de développement exagéré on suppose une réplétion de l'S iliaque rendant son poids plus marqué et son ballottement plus facile, dans un brusque mouvement de gauche à droite, surtout si le sujet est couché, la première portion tournera autour de la seconde, amenant dans son mouvement la fin du côlon descendant en avant ou en arrière de l'origine du rectum ».

Voilà le premier temps du mécanisme, qui d'ailleurs peut suffire, comme le montrent un certain nombre d'observations, pour produire des phénomènes d'obstruction, la paroi abdominale faisant sangle et maintenant la rotation en place.

M. le professeur Potain, à propos d'une malade qu'il

(1) *Gaz. médic.*, novembre 1875.

avait observée dans son service de l'hôpital Necker, dit : « Le mésocôlon iliaque qui, dans les conditions ordinaires, est très court et maintient l'intestin dans une situation presque invariable, présentant une longueur anormale, on peut supposer que par suite d'une constipation habituelle et des tiraillements qui sont la conséquence de la stase des matières, l'anse devenue plus mobile, en même temps qu'elle se distend et perd peu à peu de son énergie contractile, plonge dans le petit bassin ou s'étale transversalement de gauche à droite. Il suffit alors de la moindre cause, d'un mouvement brusque par exemple, pour que la partie supérieure de l'anse bascule, si elle est remplie de matières pesantes et pour qu'elle ne puisse reprendre sa place ». Donc l'élongation du mésocôlon produite par l'accumulation de matières fécales dans l'anse qu'il supporte aura pour effet de rendre beaucoup plus mobile cette portion du côlon ; de distendre et de relâcher la paroi abdominale. Ces deux facteurs étant établis, un effort, un mouvement brusque de gauche à droite auront pour effet de faire basculer par le simple effet de la pesanteur la portion supérieure de l'anse de haut en bas et d'avant en arrière ou réciproquement de telle façon que tournant autour de la seconde portion de cette même anse, la fin du côlon descendant se trouvera placée en avant de l'origine du rectum, en rapport intime avec lui, si la rotation s'est faite d'arrière en avant, ou au contraire en arrière de cette même origine du rectum et toujours en rapport avec lui si la rotation s'est faite en sens contraire, c'est-à-dire d'avant en arrière. Telles sont les deux variétés de rotation qui ont été décrites et désignées par M. le professeur Potain

sous le nom de torsion à « type rectum en avant » et « type rectum en arrière ». La clinique a montré que, dans la plupart des cas, le côlon se tord de haut en bas et d'avant en arrière, le rectum se trouvant par conséquent en avant de lui. Le type rectum en arrière n'est cependant pas rare.

Küttner voit la cause de la formation du volvulus dans la réplétion inégale des deux branches de l'anse et dans la chute de l'une par dessus l'autre, accumulation inégale de matières fécales et de gaz dans les deux branches de l'anse, coliques spasmodiques, ébranlement du corps, bref tous les mouvements soudains et renforcés de l'intestin, il pense également et Kœnig se range à cet avis qu'une torsion inférieure à 180° peut déjà déterminer un trouble de passage des matières fécales. Klebs et Leichtenstern sont également d'avis que la torsion s'opère par ce fait que la pièce supérieure glisse par dessus l'inférieure et tombe plus bas. Comme base de la description du mécanisme, Leichtenstern cite le cas suivant : « Il n'y a que peu de temps que j'ai trouvé dans une autopsie d'un garçon de 11 ans mort de pseudoleucémie et qui n'avait jamais eu de selles difficiles, une torsion sur l'S iliaque, avec rapprochement intime des points terminaux de cette anse. Quand on soufflait de l'air par la branche du côlon, l'anse en S se détordait pour retourner à la position tordue dès qu'on cessait de souffler dans le côlon : c'est là un processus qui a dû, pendant la vie, se répéter à chaque passage de matières fécales ». Von Sampson, reprenant cette expérience, n'est pas arrivé à reproduire ce que Leichtenstern avait trouvé, tout au contraire dit-il : « Lorsque je gonflais par insuffla-

tion une flexure qui occupait une position de volvulus et que je cessais ensuite de souffler, elle demeurait exactement dans la position acquise par le gonflement ; lorsque je laissais l'air s'échapper, sans toucher à l'anse, celle-ci s'affaissait et on ne pouvait pas même constater tout le mouvement local qu'on pourrait en attendre d'un tube élastique. Elle s'affaissait sur elle-même et restait à la place où elle avait été portée par le gonflement ».

On voit donc qu'à ce moment l'opinion des auteurs n'est pas faite à ce sujet, car si une question soulève de si nombreuses hypothèses et si l'expérimentation ne fixe rien de précis, c'est qu'il faut chercher autre part la cause réelle des accidents. Il y a un fait qui est admis par tous, c'est que l'élongation du mésentère, conséquence d'une constipation habituelle, doit être considérée comme la cause anatomique prédisposante du volvulus, et un certain degré d'inégalité des deux branches, permettant à l'une, plus longue, remplie de matières fécales, par conséquent plus pesante, d'opérer une révolution sur elle-même de telle sorte que tournant autour du pédicule de l'anse comme autour d'un pivot, elle vient se placer soit en avant soit en arrière de l'autre, et forme alors un obstacle au cours naturel des matières fécales. Ainsi que la clinique nous le montre, il est certain que cette torsion ne doit pas s'effectuer sans un travail antérieur d'assez longue durée ; témoins ces accès de coliques survenant brusquement pendant le travail de la digestion, avant l'occlusion définitive et qui doivent être considérés comme un volvulus en ébauche, un commencement de torsion, qui, plus tard, sous l'influence d'un effort violent, d'un écart de régime

constituent définitivement l'attaque de volvulus, si l'on peut s'exprimer ainsi : cette opinion est admise aujourd'hui en Allemagne où l'on considère comme la cause essentielle du volvulus de l'anse sigmoïde, une contraction du mésocôlon à son insertion pariétale, avec rapprochement des deux branches de l'intestin, qui remplies de matières fécales peuvent en ballottant de côté et d'autre se croiser et se tordre. Cette hypothèse ne s'est-elle pas confirmée en effet chez les deux malades opérés par le Dr Roux en 1887 chez lesquels, par suite de la contraction postérieure, encore plus forte du mésocôlon comprimé au milieu du pédicule du volvulus, une rechute s'est produite six ans après ?

Cette explication nous paraît d'autant plus rationnelle que le volvulus se constituant surtout après un effort violent quelconque (on sait que l'effort ne peut avoir lieu sans que le diaphragme ne soit très abaissé et par conséquent les intestins comprimés) le mésocôlon est susceptible de participer activement ou tout au moins passivement à ce refoulement et à cette compression des organes abdominaux. Aussitôt le malade ressent une douleur, et les selles ne passent plus. Les efforts de défécation ne font qu'exagérer la torsion, ou du moins les parois abdominales fortement appliquées contre le plan antérieur de la masse intestinale empêchent la détorsion de se produire, les gaz s'accumulent de plus en plus en arrière de l'obstacle ; la portion d'intestin ainsi enserrée se dilate et le volvulus s'exagère.

Les expériences de Melchiori nous ont en effet montré

quelle part active les parois abdominales prennent au maintien de l'anse tordue et la clinique nous dit que quelquefois à la simple ouverture de la paroi après relâchement musculaire, un volvulus a pu spontanément se détordre.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Parmi les lésions que l'on rencontre chez les individus qui ont succombé aux suites d'un volvulus de l'anse oméga, on trouve :

1° Lésions ayant leur siège au niveau du volvulus lui-même.

2° Lésions ayant leur point de départ également à ce niveau.

3° Lésions secondaires ou concomitantes qui se développent soit dans le reste de la cavité abdominale, soit dans la cavité thoracique.

A. La *constipation*, cause prédisposante du volvulus, ainsi que nous l'avons vu, a d'abord distendu l'S iliaque pathologiquement. Il s'en est suivi un affaiblissement très marqué de ses fibres musculaires et par conséquent une paralysie de sa contractilité musculaire, ce qui lui permet d'acquérir petit à petit des dimensions énormes, et comme lésions secondaires, inhérentes à la précédente, une élongation anormale et démesurée de son méso, en même temps qu'une accentuation des courbures de l'anse sigmoïde. Ces modifications subsistant, il est facile de les constater à l'ouverture de la cavité abdominale. La distension et la dilatation de l'anse oméga surtout, sont considérables. Elle peut dans certains cas remplir toute la cavité

abdominale, occuper les flancs, envahir l'épigastre en recouvrant presque complètement le paquet intestinal refoulé en arrière, formant ainsi une sorte de plan intermédiaire aux circonvolutions de l'intestin grêle et aux parois abdominales formant sangle. On a vu quelquefois le diaphragme être refoulé jusqu'à 16 centimètres de la clavicule et même jusqu'à la 3e ou 4e côte.

Melchiori notamment a vu une anse sigmoïde dilatée, atteindre jusqu'à 40 centimètres de circonférence. On comprend alors comment le rectum peut être refoulé et aplati. Cette anse peut être saine, simplement congestionnée, ou au contraire enflammée ; différents états qui expliquent très bien tantôt la couleur rouge diffuse plus ou moins foncée avec dilatation plus ou moins considérable des vaisseaux qui la parcourent, tantôt son aspect violacé ou noirâtre ou même encore brun foncé, indices de sphacèle commençant.

Les tuniques intestinales sont souvent hypertrophiées, œdémateuses et épaissies ou ramollies suivant les cas, parcourues de vaisseaux saillants et injectés et les bandes musculaires presque effacées, quelquefois gangrénées et perforées.

Ces perforations peuvent porter sur les trois tuniques ou sur les deux externes seulement. Les fibres musculaires ayant été dissociées et la muqueuse ayant fait hernie sans se rompre. Dans le premier cas si la perforation a été suffisante les matières se sont écoulées dans le péritoine et l'anse s'est affaissée. Dans le deuxième on peut apercevoir la muqueuse brunâtre, violacée, présentant un piqueté hémorrhagique ou des éraillures. L'anse contient, en même

temps qu'une grande quantité de gaz, des matières fécales dures ou une sorte de bouillie alvine demi-liquide.

B. La congestion s'étend également au mésocôlon, qui est tordu sur lui-même et plus allongé. Il est souvent épaissi, violacé ou rouge foncé, quelquefois boursouflé et sillonné de vaisseaux dilatés.

Le côlon descendant est, suivant les cas, dilaté ou affaissé. Le rectum aplati, vide de matières, est quelquefois congestionné, il est plus souvent pâle et rétracté.

En outre de la péritonite dont nous parlions tout à l'heure, péritonite qui s'est étendue à tout l'abdomen à la suite de perforation par gangrène, il existe souvent, ainsi que Trèves l'a démontré, une péritonite qui prend toujours son point de départ au niveau de l'anse tordue qui se généralise ensuite et qui est due à une simple inflammation diffuse. Alors la séreuse péritonéale est dépolie, congestionnée, enflammée et dans ses plis on constate la présence d'exsudats hémorrhagiques plus ou moins foncés, ou simplement gris louche ou verdâtres, ainsi que quelquefois du pus et des matières fécales. Des fausses membranes, des tractus fibreux ont amené des adhérences entre les anses intestinales puis entre celles-ci et la paroi. Souvent au niveau même de la torsion et sans qu'il y ait eu de péritonite des adhérences s'étaient créées, qui ont rendu irréductible le déplacement.

C. Le refoulement des organes abdominaux a rarement pu amener de véritables lésions étant donnée la rapidité avec laquelle évolue l'affection, il n'en est pas de même de ceux contenus dans la cavité thoracique, des poumons surtout qui, refoulés par le diaphragme et comprimés, présentent tous les caractères de l'asphyxie lente.

Quant aux phénomènes généraux qui accompagnent tout volvulus bien accentué, ils doivent être mis sur le compte d'une véritable infection ou septicémie intestino-péritonéale dépendant des agents microbiens qui, tels que le coli-bacille, pullulent dans les côlons. Ce coli-bacille ou bacille d'Escherich qui à l'état normal ne possède pas de virulence peut, sous l'influence de la lésion de l'intestin, s'infiltrer dans les tuniques intestinales et diffuser dans la cavité péritonéale. Ceci vient à l'appui de la péritonite par diffusion de Trèves, car ainsi que Bonneken (1) l'a démontré, il n'est nullement besoin que les tuniques présentent des érosions ou des fissures pour l'émigration du bacille, il suffit que l'étranglement provoque des troubles vasculaires et augmente la pression sanguine dans l'anse ainsi serrée.

Les complications pulmonaires qui accompagnent souvent et terminent quelquefois l'évolution d'une torsion de l'S iliaque sont imputables à cet agent infectieux. Ne voyons-nous pas dans nos observations quatre des malades mourir de pneumonie? (Malades de Péraire, Santwoort, Kiwull, Lennander) et bien d'autres cas de ce genre ont été signalés antérieurement.

« Ces considérations ont une valeur pratique considérable et viennent corroborer les remarques faites par Duret (*Congrès de chir.*, 1889) sur le rôle de l'infection comme cause d'échec des laparotomies pratiquées pour étranglement interne, en même temps qu'elles expliquent les bons effets des lavages de l'estomac pratiqués après l'opération (2) ».

(1) *Arch. f. path. Anat.*, H. 1, Bd. CXX.

(2) *Les occlusions aiguës de l'intestin.* Cahier.

CHAPITRE V

Symptômes. Marche. Durée. Terminaison. Pronostic.

§ 1. — Symptômes.

Nous n'avons pas l'intention de décrire tout au long les symptômes ou les signes de l'occlusion intestinale en général, les auteurs classiques en donnent de trop excellentes descriptions ; nous nous bornerons à signaler les particularités observées dans les cas de volvulus de l'anse oméga.

Débuts. — Dans la grande majorité des cas les malades atteints de volvulus ont eu souvent des attaques antérieures d'étranglement interne, caractérisées par des douleurs abdominales, ou des constipations opiniâtres, le plus ordinairement sans vomissements. Et ainsi que Largnier des Bancels l'a bien noté, ces crises antérieures se terminent la plupart du temps d'une façon un peu particulière : au moment où spontanément ou après traitement la douleur qui les accompagne va disparaître on perçoit un gargouillement accompagné de mouvements intestinaux suivis à peu de distance d'une débâcle, puis pendant quelques jours le malade ressent dans l'abdomen en un point quelconque une douleur sourde accompagnée de prostration générale. Ces phénomènes peuvent se reproduire souvent et le volvulus ne se constituer définitivement qu'au bout de plusieurs mois.

Dans d'autres circonstances le malade, à la suite d'une marche forcée, d'un violent exercice, d'un effort de défécation ressent tout à coup une douleur vive, précoce, d'abord intermittente, puis continue souvent, localisée primitivement dans la fosse iliaque gauche, ce qui aura une influence capitale pour le diagnostic, si le malade en fait mention. Ce début par la douleur peut être si brusque quelquefois, que certains chirurgiens ont cru tout d'abord à un empoisonnement. Voilà donc les deux modes de début : le premier plus fréquent que le second, ainsi que le montrent nos observations.

Période d'état. — Le volvulus étant constitué, nous ne saurions mieux faire que de décrire en quelques lignes les phénomènes qui vont se succéder si l'on n'intervient pas à temps.

Le malade, après avoir ressenti cette douleur aiguë, déchirante, dans un point de l'abdomen, éprouve bientôt des nausées, auxquelles succèdent des vomissements, d'abord alimentaires, rapidement bilieux et souvent fécaloïdes. Le visage pâlit, les traits se tirent et s'altèrent, les yeux s'excavent, le nez s'effile, en un mot le facies se grippe ; le pouls augmente de fréquence et devient petit et la température ou bien reste normale ou descend au-dessous de 37°. Il est rare qu'elle monte. La constipation est absolue dès le début ou après quelques petites évacuations ; les gaz ne sortent plus par l'anus. Le ventre, peu de temps après, se météorise pour acquérir au bout de 24 ou 36 heures des dimensions considérables. Les phénomènes de dépression vont en s'accentuant et l'angoisse du malade est à son comble. Le pouls devient imperceptible, la voix s'éteint,

le hoquet succède aux vomissements, le corps se couvre de sueurs froides, l'hypothermie s'exagère et tout en conservant son intelligence intacte jusqu'à la fin, il succombe dans le marasme ou le demi-coma.

Dans d'autres circonstances et malgré un arrêt pourtant complet du cours des matières, on est frappé de voir combien peu il y a de réaction générale, à plus forte raison quand le volvulus sous l'influence d'un traitement approprié permet encore de temps en temps l'expulsion de quelques fèces.

La *douleur* qui est presque toujours le phénomène initial a pu quelquefois faire défaut ; dans nombre d'observations nous la voyons avoir son point de départ à l'endroit même où s'est produite la torsion. Elle n'a d'ailleurs pas tardé à se généraliser. Il est également à noter qu'une pression exercée au niveau de la fosse iliaque gauche avait le don de l'exaspérer. On l'a quelquefois rencontrée dans les environs de l'ombilic, ou sur le trajet du côlon ascendant, ou encore derrière le pubis. Il est à regretter, bien que son siège initial soit souvent variable, qu'on n'en ait pas fait plus souvent mention dans les observations. Cette douleur localisée primitivement en un point est un signe de grande valeur. Prioleau, Roux, Catrin, etc., ont constaté chez leurs malades son siège initial dans la fosse iliaque gauche.

Les *vomissements* peuvent être de même nature que dans les autres cas d'occlusion, mais il est à remarquer que souvent ils se montrent tardivement, et qu'ils sont très peu fécaloïdes ou quelquefois pas du tout (Hartmann, *Bull. Soc. anat.*, 1886 ; observations de Catrin, de Polaillon etc.).

Les *urines* sont souvent émises en quantité normale. Ces deux derniers signes qui signifient seulement que l'obstacle siège au niveau du gros intestin peuvent, joints aux autres, être de très grande valeur.

Le *ténesme rectal* a souvent été constaté.

Le *météorisme* est dans le cas de volvulus de l'S iliaque particulièrement précoce et considérable. Von Wahl (1) dit à ce propos : « Au-dessus de l'obstacle, l'intestin est vide surtout si les vomissements sont fréquents. Seule l'anse tordue se distend, produisant le météorisme ; le siège de cette anse serait alors délimité par la vue, la percussion et surtout la palpation. L'examen se fait sous le chloroforme si l'abdomen est très distendu. On peut alors sentir profondément fixée, l'anse distendue, à gauche de la ligne qui va de la symphyse à l'ombilic ». Ce « signe de von Wahl » a une réelle valeur, puisqu'il a permis de porter plusieurs fois un diagnostic exact, mais seulement quand une portion d'anse se trouve étranglée à ses deux extrémités ; il est facile de comprendre que si elle ne l'est qu'à une seule, il ne peut y avoir lieu à la production du signe de Wahl. Quoi qu'il en soit V. Wahl dans 4 cas de volvulus a fait le diagnostic en se basant sur le signe auquel il a donné son nom. Roux (de Lausanne) avait déjà en 1887, avant Wahl par conséquent, noté chez un de ses opérés cette voussure, cette *bosse* au niveau de la fosse iliaque gauche, et un diagnostic exact fut porté. Smith, en Angleterre, avait remarqué que dans le volvulus de l'S iliaque, le côté abdominal gauche était fortement tympanisé.

(1) V. Wahl, Diagn. des occl. int. par étranglement ou torsions. *Cent. f. Chir.*, 1889, nº 9, p. 153.

Catrin avait, chez son malade, fait cette même remarque. Ce signe assez fréquent peut avoir, comme on le voit, une importance de premier ordre pour faciliter le diagnostic.

L'*épanchement intra-péritonéal* décrit par Duplay, Lemoyne (Thèse de Paris, 1878), Camichel (Thèse de Lyon, 1893), si fréquent dans les étranglements mécaniques — épanchements de sérosités ou de sang, sans traces de péritonite — devra être recherché par une percussion attentive dans les points d'élection des épanchements intrapéritonéaux, notamment dans les flancs et les fosses iliaques où il se révélera par l'existence d'une matité ou submatité. Cahier (1) recommande de recourir à l'exploration au chloroforme si la sensibilité de l'abdomen est trop grande et au besoin à la ponction avec une longue aiguille fine et seringue de Pravaz ou de Debove si la percussion ne donnait pas de résultat. Il pense que notamment dans le cas de volvulus l'aspiration ramènerait soit un liquide sanguinolent ou rarement séreux, soit du sang pur ; ce qui ne veut pas dire naturellement que dans le cas de ponction sèche il faudrait rejeter l'idée d'étranglement mécanique.

Les *injections d'eau dans le rectum* peuvent quelquefois donner des renseignements utiles. Barié et Dutard ont essayé de démontrer par des expériences d'amphithéâtre que la quantité d'eau capable de distendre le rectum sans le franchir pouvait être évaluée à un litre environ. Un médecin de Vienne, cité par Simon, a également déterminé que si la quantité de liquide introduite est de 1 litre à 1 litre 1/2, l'obstacle est dans l'S iliaque, si la quantité est supérieure

(1) *Loc. cit.*

à 1 litre 1/2 l'obstruction est située plus haut. La capacité du gros intestin en effet ne dépasse pas 2 litres environ. Mais il faut cependant se rappeler que la capacité du rectum et du côlon varie beaucoup suivant les sujets.

L'*auscultation du gros intestin* conseillée jadis par Briquet et Velpeau, au moment où un liquide y est injecté, a été remise en honneur par Trèves. Il est clair que si le gargouillement n'est pas entendu au niveau du cœcum par exemple, c'est que l'obstacle siège plus bas.

Quant *à l'exploration du rectum* elle ne doit être pratiquée qu'avec des sondes, et peut être un excellent signe si l'instrument se trouve arrêté dans son trajet au niveau de l'anse oméga par la torsion du pédicule de l'anse. L'introduction de la main suivant la méthode de Simon (1) est dangereuse, car elle peut occasionner des délabrements si la circonférence de la main est trop considérable et d'ailleurs il est rare que le doigt puisse être introduit assez loin pour se rendre compte de l'état de l'intestin. Cette pratique est tombée en France dans un juste oubli.

Faisons remarquer en terminant ce chapitre que si le clinicien veut bien dans un cas douteux recourir à l'examen minutieux de son malade, la présence d'un ou de plusieurs des signes précédents, le résultat obtenu par ces pratiques aujourd'hui classiques lui seront d'un grand secours pour assurer son diagnostic.

§ 2. — Marche. — Durée. — Terminaison.

La maladie suit ordinairement une marche continue,

(1) Simon, *Archiv. f. klin. Chir.*, t. XV, 1872.

les accidents s'aggravant jusqu'à la terminaison fatale, si un traitement énergique n'a pas été institué dès le début. Il peut se faire que dans l'évolution du mal on assiste quelquefois à des rémissions de plus ou moins longue durée, mais ces faits sont rares ; plus souvent le malade a été emporté en moins de 3 jours, 24 heures quelquefois. En moyenne, la mort se produit dans le courant de la deuxième semaine, plus ou moins tôt suivant l'âge, la résistance du malade, la nature des lésions ou les complications, et a lieu :

Soit par intensité des phénomènes nerveux réflexes. Collapsus et inanition ;

Soit par asphyxie plus ou moins rapide ;

Soit par péritonite, avec ou sans perforation ;

Soit par pneumonie, infectieuse ou hypostatique.

§ 3. — **Pronostic.**

Abandonnée à elle-même la lésion est mortelle, car elle n'a aucune tendance à rétrocéder ; il importe donc d'instituer au plus tôt un traitement rationnel ; le pronostic sera d'autant moins sombre que l'opération aura été pratiquée de bonne heure, tous les chirurgiens qui se sont occupés de la question insistent sur ce fait. Cependant remarquons que dans ces dernières années, depuis la généralisation des procédés antiseptiques, les statistiques sont meilleures. Von Wahl sur 3 opérés en sauve 2 ; Obalinsky sur 19 malades qui ont subi la laparotomie pour volvulus de l'anse oméga en guérit 9. Roux (de Lausanne) sur 8 cas aigus opérés n'a eu qu'un mort et ses deux ma-

lades atteints de volvulus qu'il a opérés, l'un deux fois et l'autre trois, sont aujourd'hui en parfaite santé. Finney a été assez heureux pour guérir de sa récidive un malade opéré plus de trente mois auparavant par un de ses confrères. Ces exemples montrent qu'il n'y a aucune raison pour que le chiffre de la mortalité opératoire ne diminue pas. Ne voyons-nous pas en effet que dans la statistique d'Ashurt elle a été de 71,4 0/0, de 80 0/0 dans celle de Curtis, de 84 0/0 dans celle de Dettingen ? Il faut dire qu'un grand nombre de ces malades avaient été opérés tardivement.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Étant donné un individu ayant dépassé l'âge moyen de la vie et présentant tout à coup des signes d'occlusion confirmée, il faut immédiatement songer à explorer l'abdomen et s'assurer tout d'abord qu'il n'y a pas de hernie, et sans vouloir s'en tenir aux dires du malade examiner tous les points où des hernies peuvent se montrer. Le toucher rectal ayant permis de constater qu'il n'existe dans son calibre aucun obstacle au cours des matières, trois problèmes se posent qu'il est de toute nécessité de résoudre le plus promptement possible :

1° L'occlusion est-elle sous la dépendance d'un obstacle mécanique.

2° Où est le siège de l'arrêt des matières.

3° Quelle en est la nature.

A. Les empoisonnements, le choléra, les coliques néphrétiques et hépatiques, la typhlite, la colique appendiculaire, la colique saturnine s'accompagnent d'autres symptômes tellement caractéristiques qu'il est impossible de commettre une erreur.

Dans la péritonite aiguë ou par perforation ou encore dans la péritonite chronique subissant une poussée aiguë, bien qu'un grand nombre de signes rappellent ceux de

l'occlusion intestinale aiguë, il existe souvent au début un frisson nettement caractérisé, la douleur est beaucoup plus superficielle, plus aiguë, le malade ne peut même pas supporter le poids des couvertures ; en même temps la généralisation de la douleur se fait bien plus rapidement. La constipation est beaucoup moins absolue dans la péritonite, les vomissements sont moins fécaloïdes, la distension gazeuse des anses intestinales est plus rapidement généralisée à tout l'abdomen. En dernier lieu enfin la température est plus élevée, surtout au début, tandis que dans l'occlusion intestinale c'est au début qu'elle s'abaisse.

Tous ces signes différentiels nous permettent non pas de faire encore un dgc. de volvulus, mais de supposer que l'occlusion est due tout au moins à un obstacle mécanique.

B. Il s'agit maintenant de déterminer le siège de l'occlusion.

Si le malade a nettement senti que la douleur avait au début un siège particulier dans l'abdomen, et si la pression à ce niveau la développe et l'exagère, il y a déjà grâce à ce symptôme de grandes probabilités.

Si maintenant on découvre à ce niveau une sorte de bosse, de météorisme localisé formant tumeur, si la vue, la percussion et la palpation sont d'accord, le doute n'est plus permis, le siège de l'occlusion est là. Que rencontre-t-on en effet dans le volvulus de l'anse oméga? Une douleur vive, précoce, intermittente au début, bientôt continue et réveillée par la palpation au niveau de la fosse iliaque gauche. Un ballonnement souvent énorme, ayant débuté

dans ce même point, une tuméfaction plus accentuée à gauche de la ligne blanche et dans la moitié inférieure de l'abdomen. Enfin dans la profondeur et en palpant avec soin, on sent une portion d'intestin distendue, immobile, météorisée (Smith, Roux, V. Wahl). C'est alors qu'il faut examiner le rectum avec une sonde et essayer d'atteindre le point supposé de la lésion ; injecter par l'anus une certaine quantité d'eau dans le gros intestin dont la quantité mesurée pourra approximativement, il est vrai, dire jusqu'à quelle hauteur elle a pu être poussée ; ausculter le gros intestin pendant qu'on y injecte du liquide et découvrir jusqu'à quel point on entend le gargouillement, ponctionner avec une longue aiguille là où on a perçu de la matité, indice d'épanchement péritonitique, en un mot, avoir recours à tous les moyens d'exploration dont nous parlions aux symptômes et le diagnostic du siège de la lésion sera fait. Ajoutons à tous ces signes que les vomissements sont tardifs, qu'ils ne sont pas toujours fécaloïdes, que le ténesme est souvent considérable, que l'urine est la plupart du temps émise en quantité normale et il ne nous restera plus qu'à rechercher la nature même de l'obstacle, car nombre de maladies, sans être le volvulus, peuvent présenter un ou plusieurs signes analogues.

C. Dans l'*invagination chronique*, comme dans tous les rétrécissements de l'intestin, de quelque nature qu'ils soient on peut observer des alternatives de constipation et de diarrhée accompagnées de coliques et durant depuis longtemps ; mais dans l'invagination chronique les selles sont plutôt muco-sanguinolentes, ce qui est très rarement

observé dans le volvulus, et il est assez fréquent de voir le patient rendre par l'anus des débris d'intestin sphacélé. Enfin par le toucher rectal, si la tumeur siège assez bas, ou par la palpation dans le flanc ou la fosse iliaque gauche on pourra percevoir une tumeur mollasse, cylindroïque, mate à la percussion. De plus l'invagination est plus fréquente chez les enfants et, comme Besnier l'a démontré, fréquente chez l'adulte atteint d'entérite ou de dysenterie.

Il est moins facile de faire le diagnostic dans un cas de *rétrécissement cancéreux*, car le siège d'élection du cancer de l'intestin se trouve à l'union de l'S iliaque et du rectum, surtout que chez certains malades l'aspect cachectique du cancer manque et peut exister au contraire dans le cas de volvulus, que la tumeur peut ne pas être perceptible et les autres signes faire défaut. On se basera sur les antécédents héréditaires et personnels du malade, son âge, son aspect plus ou moins cachectique, la présence d'une tumeur, l'examen des selles qui pourront contenir du sang, la marche de l'affection.

Les *rétrécissements, fibreux, syphilitiques, cicatriciels, inflammatoires* ont une évolution particulièrement lente, un siège assez inférieur, des antécédents spéciaux, une marche différente.

Le *spasme* ou la *parésie de l'intestin* cèderont facilement à l'administration de médicaments spéciaux ; enfin les accidents aigus du *nervosisme*, du *saturnisme*, ou de l'*hystérie* n'en imposeront pas pour un volvulus, si les antécédents du malade sont suffisamment recherchés. Il en sera de même pour les cas d'obstruction intestinale dus à la présence de *corps étrangers* (calculs biliaires, pépins ou

noyaux de fruits, vers intestinaux, matières fécales, etc.).

Peyrot écrivait il y a quelques années que jamais le diagnostic de volvulus n'avait été fait sur le vivant ; la série des observations que nous reproduisons sera la meilleure réponse à cette assertion. Etant donné que l'examen d'un malade a été fait méthodiquement et que le volvulus de l'anse oméga possède tant de symptômes, qui sans lui être propres sont, par leur réunion, ou la réunion de quelques-uns d'entre eux, extrêmement précieux, il n'y a aucune raison, loin de là, pour déclarer impossible le diagnostic de ce genre de lésion.

CHAPITRE VII

Traitement.

Avant d'exposer et de résumer les différents modes de traitement qui ont été tentés avec plus ou moins de succès dans les cas de volvulus de l'anse oméga diagnostiqués avant ou après laparotomie, il est intéressant de connaître, en ce qui regarde cette affection, l'opinion d'un des chirurgiens les plus autorisés à l'heure actuelle en cette matière et de reproduire *in extenso* les réflexions du professeur Roux (de Lausanne), qui sont comme un avant-propos des observations qu'il a publiées dans le n° du 20 janvier 1894 de la *Revue médicale de la Suisse romande* : « Le traitement de l'occlusion intestinale restera longtemps encore un sujet de discussion entre médecins et chirurgiens. Ceux-ci se chargent le plus souvent d'expédier dans l'autre monde les malades sur lesquels on a tout essayé et qui sont « à la dernière » ; ceux-là, comme d'habitude, opposent leurs statistiques chaque fois que l'opérateur exprime le regret de n'avoir pas eu l'occasion d'intervenir plus tôt.

« Avant de faire la comparaison, on ne devrait pas oublier que les chirurgiens ont exclusivement les cas désespérés et que leurs listes renferment des observations d'occlusion vérifiée à l'opération ou trop souvent à l'autopsie, tandis que les médecins éliminent de leurs séries, en les livrant pour les dernières heures à l'opérateur, justement

tous ces cas malheureux, et comblent les vides par bon nombre d'occlusions tout au moins douteuses.

« Aux statistiques contrôlées des chirurgiens, on oppose les « statistiques ballons » gonflées avec la plus parfaite bonne foi, mais suspectes quand même, et l'on compare ainsi des listes de faits différant entre eux, non seulement par leur gravité, mais par leur nature même. On compare des choses presque étrangères les unes aux autres pour reculer toujours.

« Les chirurgiens, dupes de leur confiance dans le bistouri, consentent à tort à intervenir lorsqu'il est trop tard ; ils forgent eux-mêmes les meilleures armes à leurs contradicteurs.

« Cependant depuis quelques années, ils se préoccupent de reconnaître mieux les cas où leur intervention peut encore offrir non seulement quelque chance de succès à un certain nombre, mais surtout ceux où seule l'opération est capable de guérir le malade : ils se sont adressés dans leurs études aux cas les plus graves de l'aveu des médecins, et l'expérimentation a fourni déjà d'heureux résultats au point de vue pratique.

« Il n'y aurait certainement aucun reproche à faire au médecin qui recule devant une laparotomie, si les opérateurs les plus distingués continuent à apporter des séries d'insuccès de 60 à 70 0/0, et on comprend que le médecin hésite, dans un très grand nombre de cas, à recourir à une intervention grave, parce que très souvent, ni médecin, ni chirurgien ne peuvent faire à temps un diagnostic qui justifie cette intervention. Mais les cas les plus difficiles à guérir sans intervention, ainsi que l'ont prouvé les expérien-

ces sur les animaux, sont justement ceux dans lesquels le diagnostic d'occlusion simple est le plus facile, ceux dans lesquels le médecin a la conviction que l'obstacle, pour difficile qu'il soit à localiser, est purement accidentel ».

« Il semblerait donc, en attendant mieux, que la question devrait être posée autrement que ne l'ont fait les chirurgiens accapareurs et les médecins trop calmes. Gardant tous nos scrupules pour les cas douteux, et remettant la visite hâtive du chirurgien à l'époque où nous saurons mieux ce qui se passe dans le ventre du prochain, nous devrions trier soigneusement les cas d'occlusion franche, les cas faciles — très faciles seulement si l'on veut — et comparer les résultats probables des deux modes de traitement ».

Que répondre à cette appréciation d'un chirurgien aussi distingué ? Rien, sinon que le médecin doit, après avoir en toute hâte institué son traitement médical le plus approprié aux circonstances, appeler le chirurgien au lit du malade qui décidera en dernier ressort si la laparotomie est ou n'est pas urgente. Le médecin en effet a un rôle important à jouer. Schonborn, cité par Staffel, Goltdammer (de Breslau), Fürbringer et Schede, Prioleau (de Brive) ne nous montrent-ils pas qu'un traitement exclusivement médical fournit des statistiques dont le résultat variait entre 1/4, 1/3 et même 50 pour 100 de guérisons ? Donc concluons en citant Jalaguier : « Etant donné un malade présentant les symptômes d'une occlusion aiguë, on commencera par prescrire un traitement médical.

Traitement médical. — Si le malade est atteint de volvulus de l'anse oméga indiquons les remèdes et pratiques qui ont jusqu'à présent le mieux réussi :

Diète presque absolue. Eau étendue d'alcool. Petits morceaux de glace à sucer ou à avaler. Injections de sérum.

Pas de purgatifs. Jalaguier n'en veut à aucun prix.

L'*opium* à la dose de 15 à 20 centigrammes en 24 heures est pris d'heure en heure par pilules de 1 centigramme d'extrait thébaïque. Il fait cesser la douleur, diminuer ou arrêter les vomissements et les coliques et rendre la langue moins rapeuse et moins sèche.

Ne pas insister cependant sur cette médication si le pouls augmente de fréquence, devient filiforme, si l'état général ne s'améliore pas et surtout si le ballonnement augmente.

Ziemssen recommande, dans le cas où le médicament n'aurait pas amené de soulagement par la voie stomacale, les lavements laudanisés et les injections sous-cutanées de morphine.

Le *lavage de l'estomac*, qui a ses partisans, a pour effet de diminuer la pression intra-abdominale et les mouvements de l'intestin, de débarrasser l'estomac et une partie de l'intestin grêle des matières fécaloïdes et des gaz qui l'encombrent, d'amener enfin une détente générale des accidents. Duret recommande d'y avoir recours avant de procéder à la laparotomie, pour prévenir les vomissements chloroformiques, diminuer le météorisme, et prévenir après la laparotomie l'absorption des produits septiques de l'intestin par la muqueuse du tube digestif et la séreuse péritonéale.

Le *traitement électrique* a réuni de nombreux partisans et jouit actuellement d'une faveur justement méritée. Boudet, de Paris, s'est attaché à répandre cette méthode qui, en réveillant subitement les contractions intestinales ou en amenant une résorption des gaz par la muqueuse intestinale (Bulteau), diminue le météorisme et peut permettre à une anse incarcérée de se détordre. Nous ne voulons pas détailler ici la technique et le manuel opératoire de ce traitement, tous les livres classiques le décrivent, mais insister sur ce fait que si, comme nous allons le voir tout à l'heure, les ponctions capillaires de l'intestin et les lavements gazeux ont tout d'abord été essayés, il ne faut pas, avant de faire la laparotomie, recourir aux lavements électriques. Il est certain que l'électricité succédant aux ponctions capillaires pourrait amener de graves désordres. Il faut avoir soin de ne pas dépasser 50 milliampères et de ne pas en mettre moins de 10. La durée d'application ne devra pas excéder 20 minutes. Enfin ne pas insister si le pouls devient petit, misérable, précipité et intermittent.

Les *ponctions capillaires* ont quelquefois donné d'excellents résultats. Il est certain qu'au point de vue palliatif cette opération est très rationnelle puisqu'elle a pour but de diminuer ou de faire disparaître le météorisme, et même de permettre peut-être au volvulus d'opérer sa détorsion, surtout si en même temps on a essayé par le rectum les insufflations de gaz. En effet la tension de l'air injecté pourrait aider à la détorsion de l'anse coudée, allégée déjà par la ponction aspiratrice.

Les *lavements gazeux* en effet, surtout combinés à la médication opiacée, peuvent comme les injections rectales

amener une détorsion du volvulus. Il est de toute nécessité d'employer les pressions faibles, si l'on ne veut pas être sous le coup de provoquer une déchirure, un éclatement de l'intestin, comme cela s'est vu quelquefois; mais puisque nous devons à l'aimable obligeance de M. le D[r] Prioleau (de Brive) la communication des cas de volvulus que nous relatons dans cette thèse, laissons-lui la parole en ce qui concerne ces deux derniers modes de traitement, et citons les expériences qu'il a faites sur des cadavres et des animaux, expériences qui reproduisent les conditions anatomiques qui existent dans le volvulus (1).

« 1° On tord simplement l'S iliaque sur son méso, sans accumuler de gaz au-dessus du volvulus ainsi produit.

« Injection de gaz dans le bout rectal de l'intestin, aussitôt l'S iliaque se détord, l'obstacle est refoulé et finit en se détordant de plus en plus par disparaître complètement.

« 2° Mêmes conditions, en plus léger tympanisme du côlon au-dessus du point où siège l'obstacle.

« Même résultat que précédemment par l'influence de l'insufflation du bout inférieur de l'intestin. Cependant il y eut un arrêt sérieux au niveau du coude du côlon, et si la paroi abdominale était remise en place sur la masse intestinale de façon à la maintenir comme dans l'état normal et ainsi à gêner la détorsion, celle-ci devenait encore beaucoup plus pénible.

« 3° Torsion de l'S iliaque et insufflation énergique du

(1) D[r] PRIOLEAU, *Congrès de Bordeaux*, 1895. Considérations sur le traitement du volvulus du côlon par les lavements gazeux et la ponction capillaire des anses intestinales.

bout supérieur du côlon. Insufflation du bout inférieur »..

« La détorsion ne se produit qu'avec peine et en forçant beaucoup. Cette détorsion ne s'obtient plus ici par le refoulement du nœud dont le volvulus se perdait progressivement sur la longueur du côlon, mais par le retour de l'S iliaque de droite à gauche, sous l'influence de la surdistension tendant à en redresser l'axe. Ce mécanisme de détorsion n'était plus réalisable si la paroi abdominale était en place, empêchant ainsi l'S iliaque volumineuse de pouvoir évoluer sous elle de façon à revenir à sa place. Ainsi l'obstacle n'était pas levé et malgré de fortes pressions à faire éclater l'intestin nous n'obtenions rien. C'est alors que réalisant les conditions de nos deux dernières observations (voir obs.) nous fîmes des ponctions dans la partie supérieure du côlon, que nous la vidâmes et alors nous vîmes l'insufflation de l'extrémité inférieure produire une détorsion tout comme dans notre première expérience ».

Ce qui nous permit de conclure :

« 1° Dans le volvulus du côlon, de l'S iliaque en particulier, la détorsion est d'autant plus facile qu'il y a moins de ballonnement ;

2° La détorsion peut être arrêtée par les coudes du côlon qui ajoutent un léger obstacle naturel au volvulus ;

3° Quand il y a beaucoup de ballonnement, la détorsion devient impossible, à moins qu'on ne vide en grande partie les gaz situés au-dessus de l'obstacle ;

4° La détorsion se produit généralement de la manière suivante : le nœud fuit devant le gaz qui le pousse et en fuyant il s'allonge de façon que le volvulus, qui situé en un seul point produisait un obstacle, s'étire en quelque sorte

sur une longueur telle qu'il n'y a plus d'obstacle et que les organes reprennent leur situation normale ».

Cette année même en 1896, au congrès de Carthage, le Dr Prioleau est de nouveau revenu sur la question. Il a observé trois malades atteints de volvulus de l'S iliaque (dont ils présentaient tous les symptômes) et sa méthode a encore pleinement réussi ; au lieu d'acide carbonique (comme en 1895) venant d'un siphon d'eau de Seltz, il a simplement employé un bock laveur ou rempli d'eau tiède glycérinée à 100 pour 1000 qu'il faisait pénétrer dans le rectum par une canule poussée le plus haut possible, le malade étant dans le décubitus dorsal et le siège élevé.

En même temps que le liquide pénétrait lentement il avait soin « de masser et de pétrir l'abdomen de façon à réveiller la contractilité musculaire de l'intestin et à susciter des mouvements à la faveur desquels le liquide arrivant, pouvait se glisser et déplisser les anses intestinales contournées ». Le massage agissait ici comme l'électricité en amenant des contractions rapides des parois abdominales.

Comme nous venons de le voir, chacune de ces méthodes médicales a ses partisans, puisque chaque partisan a eu ses succès, mais parce que à telle époque, sur tel malade tel traitement a réussi, faut-il, chaque fois qu'un cas semblable ou approximativement semblable se présentera, s'en tenir aux mêmes moyens, et essayer une nouvelle fois encore ce qui tout à l'heure n'a donné aucun résultat? Ce n'est pas l'avis de M. le professeur Roux (de Lausanne). Ce n'est pas l'avis de M. le Dr P. Michaux (de Paris) ni de nombre de chirurgiens autorisés qui ont eu souvent à opérer, in extremis, alors que l'état général était pitoyable

et que tout nouveau retard était un pas de plus que le malade faisait vers la tombe.

Donc, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles, quand le traitement médical n'a pas réussi, il faut le plus rapidement possible recourir à une intervention chirurgicale.

Traitement chirurgical. — Sans vouloir citer ici les opinions tellement différentes et contradictoires des chirurgiens qui se sont occupés de la question pour savoir le moment où l'on doit opérer, contentons-nous de dire que le choix de l'opération ne peut être que l'*entérotomie* ou la *laparotomie* : d'une manière générale ce choix doit être subordonné à l'état du malade, à l'époque plus ou moins rapprochée du début des accidents, au milieu dans lequel le chirurgien est obligé d'opérer, aux instruments et aux aides dont il dispose.

L'entérotomie est l'opération de nécessité, opération palliative où l'on se contente d'ouvrir au-dessus de l'obstacle une voie d'échappement au contenu de l'intestin, ne s'adressant par conséquent qu'au symptôme en laissant subsister la cause. On cite d'ailleurs des cas de volvulus que l'entérotomie aurait spontanément fait se détordre, mais comme ce sont là des faits tout à fait exceptionnels et que le volvulus persiste presque toujours, on conçoit que cette opération ne saurait procurer qu'une amélioration passagère.

La laparotomie est au contraire, tout au moins théoriquement, l'opération de choix, l'opération curative qui permet, l'obstacle étant levé, de rétablir la perméabilité du canal intestinal, puisqu'elle s'adresse à la cause et non au symptôme.

En pratique, la laparotomie n'est pas toujours possible, et nombreux sont les cas dans lesquels l'opération de nécessité doit être faite avant l'opération de choix.

Quoi qu'il en soit, et étant donné surtout que le traitement médical institué en toute hâte n'a amené aucun résultat, il faut, autant qu'il est possible, avoir recours immédiatement à la laparotomie, car plus les accidents seront récents, plus il sera facile de replacer l'anse en position convenable. On cite même certains volvulus qui, une fois le ventre ouvert, se seraient réduits spontanément. Nous ne voulons entrer ici dans aucun détail technique, en ce qui regarde le manuel opératoire de l'entérotomie ou de la laparotomie. On trouvera dans les classiques tous les détails relatifs à l'histoire de ces deux méthodes opératoires.

Mais il est un point sur lequel nous voulons insister davantage et qui est relatif à la tendance si souvent remarquée qu'a la portion du côlon détordue par la main du chirurgien à revenir spontanément en volvulus ou à récidiver plus tard ; les observations de Finney et de Roux en font foi.

Si donc un malade atteint de volvulus de l'S iliaque vient de subir une laparotomie avec succès et que l'anse tordue a été replacée dans sa position normale, il faut lui assurer le bénéfice de cette intervention pour maintenant et pour plus tard, c'est-à-dire empêcher par une opération complémentaire la récidive d'une affection aussi redoutable.

Senn conseille, lorsque le mésocôlon est trop lâche, de le raccourcir en le plissant et de fixer les plis au moyen de sutures.

Obalinski pense qu'il vaut mieux réséquer une partie de

l'anse. Ce procédé lui aurait, sur trois cas, donné deux guérisons.

Villar (de Bordeaux), toujours dans ce même but, releva le côlon transverse jusqu'au niveau de la grande courbure de l'estomac et le fixa à la paroi abdominale par sept points de suture (voir obs. V).

Roux (1) (de Lausanne) s'exprime ainsi :

« La répétition du même accident, après plusieurs années chez deux de mes anciens opérés (voir observ.), m'a décidé à publier cette notice pour proposer *en principe,* un complément indispensable au manuel opératoire dans *tous* les cas de torsion.

Toutes les fois, en effet, qu'une torsion d'anse intestinale a subsisté pendant plusieurs jours, — abstraction faite de désordres plus graves qui forceront à faire la résection, l'anastomose etc. — on trouvera, au point d'entrecroisement des anses, le mésentère infiltré, épaissi, condensé en une sorte de pédicule. La torsion levée, si l'anse intestinale est en bon état, on se contente généralement de contrôler le passage facile des fèces et de refermer l'abdomen. Or l'infiltration du mésentère persiste quelque temps ; puis elle est suivie d'une rétraction cicatricielle perpendiculaire aux vaisseaux mésentériques (en tout cas beaucoup plus intense dans cette direction), en sorte que toute l'anse interceptée pendant l'accès continue à flotter comme un bouquet à pédicule plus ou moins ténu (2), prête à se tordre de nouveau, ou à capturer à la façon d'un lazzo une anse voisine, ou

(1) Roux, *Loc. cit.*

(2) Dans un de nos cas l'anse flottante avait un mésentère pédiculisé à plus de 20 centimètres au delà de la longueur du méso voisin.

l'épiploon ou tout autre organe à sa portée. Il faudra, à tout prix, se préoccuper toujours de cette éventualité.

Si la torsion a duré très peu de temps, on réussira peut-être à étaler au complet le mésentère « chiffonné » en pédicule, mais cela ne doit pas empêcher l'opérateur d'assurer à tout le segment du mésentère une longueur proportionnelle à sa largeur pour annihiler la pédiculisation probable et ses dangers.

Un moyen assez sûr consisterait, par exemple, à raccourcir le mésentère par quelques points de suture dans le sens des vaisseaux.

Chercher, au contraire, à étaler *avec force* le mésentère à sa base n'aurait pour effet que d'augmenter ensuite la réaction et le ratatinement cicatriciel.

Voilà pour l'intestin grêle.

Pour l'S iliaque, plus souvent en cause, c'est aussi plus facile : il suffit de fixer à la paroi abdominale dans le flanc gauche, soit le méso près de son insertion à l'intestin, soit l'S iliaque elle-même (sigmo ou colopexie), pour empêcher absolument celui-ci de réitérer le mouvement fâcheux.

C'est le premier mode qui semble convenir le mieux, puisqu'il sera aussi efficace sans exiger les mêmes précautions dans le passage de l'aiguille. C'est ce procédé que nous avons employé chez le malade B... (voir obs.) et signalé à la *Société vaudoise de médecine* ; c'est aussi celui que nous avons utilisé quelques jours plus tard chez Mme G... (voir obs.) et que nous tenons à *recommander au plus tôt comme une précaution indispensable toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une torsion de l'S iliaque ou du côlon* ».

M. P. Michaux, chirurgien des hôpitaux de Paris, a déclaré au dernier Congrès de chirurgie (Paris) qu'il était partisan de cette méthode et qu'à la première occasion il ne manquerait pas de l'appliquer.

Il en profite pour recommander une incision large des parois abdominales.

M. le Dr Hartmann est de l'avis de M. Michaux, il préconise aussi la longue incision et conseille en outre de prendre la position de Trendelenburg, ce qui permet de voir plus facilement le pédicule tordu. Il s'en est bien trouvé chez un malade qu'il avait eu à opérer et qui a guéri.

Quelques semaines plus tard M. le professeur Roux (de Lausanne) ayant constaté chez son premier patient une deuxième récidive de son volvulus — les sutures précédentes ayant sauté — insiste sur la nécessité qu'il y a à faire une suture continue entre tout le mésocôlon de l'anse et le péritoine pariétal, presque jusqu'au niveau de la ligne blanche, et ce, sur toute la hauteur du mésocôlon de l'S (*Centralblatt für Chirurgie*, 1894, n° 37).

Comme conclusion à ce chapitre nous ne saurions mieux faire que de citer les réflexions du professeur Roux à propos des deux malades qu'il eut à opérer chacun deux fois et dont nous reproduisons plus loin les observations.

« Pour les opérés de la série du volvulus, on avait temporisé à la manière habituelle, lors du premier accès ; rien ne justifiait une abstention de longue durée à la deuxième crise puisque le diagnostic était sûr.

On sait en effet que le volvulus jouit, parmi les étranglements internes, de la plus mauvaise réputation. Si quelquefois la torsion cède spontanément, il arrive le plus

souvent que l'anse interceptée se ballonne bientôt, formant une large torche dont la rotation est rendue plus difficile à mesure que les anses voisines se remplissent elles-mêmes de gaz et de matières sollicitant le passage. L'occlusion, même si elle est peu serrée au début, augmente par la stase veineuse et finalement surviennent la desquamation de la séreuse, les adhérences, la péritonite locale, puis la gangrène de l'anse intestinale et la mort.

Il n'est pas utile d'attendre que le signe de von Wahl soit complet ; une voussure visible, une tumeur localisée, avec tension plus forte des gaz (percussion) dans le ventre ballonné d'un sujet qui offre les symptômes de l'occlusion intestinale, nous paraît un guide suffisant pour que l'incision soit permise. Attendre une résistance plus marquée de cette tumeur et son immobilité absolue, c'est temporiser jusqu'à ce que la stase veineuse gorge et durcisse la paroi intestinale, que la putréfaction des matières augmente les gaz, que l'intestin parétique perde tout son pouvoir de contraction, qu'il s'enflamme et se soude, qu'il se gangrène peut-être ».

Si par hasard la détorsion n'était pas possible ou si l'anse était gangrénée, il va de soi qu'une autre opération serait nécessaire. Dans ce cas il ne suffirait pas, comme quelques chirurgiens le conseillent, d'établir un anus contre nature ; cependant la plupart des chirurgiens avec Comte, Braun, Zaege, Manteuffel pensent qu'il vaut mieux dans ces cas réséquer le volvulus et fixer les deux bouts dans la plaie. On s'occuperait plus tard de remédier à ce dernier état de choses.

OBSERVATIONS

Observation I (résumée). — *Cas d'obstruction intestinale par volvulus siégeant à l'union de l'S iliaque et au rectum. — Mort.* — Prioleau, *Journal médical de Bordeaux*, 1883.

Homme, journalier, 58 ans. Aucun antécédent personnel et héréditaire.

Depuis 13 ans, constipation. Antérieurement selles normales tous les jours.

Le malade voit tous les jours son ventre se ballonner. Pas de vents, pas de selles, pas de vomissements, ni alimentaires, ni autres. Eructations fréquentes. Anorexie ; un peu de bouillon ou de lait, seule alimentation.

2 *juillet*. — Le malade entre à l'hôpital. Ventre considérablement météorisé. Sonorité exagérée dans tout l'abdomen et surtout dans la région ombilicale. Gêne respiratoire. Orthopnée, facies amaigri, non grippé.

Ponction aspiratrice qui retire des gaz et soulage le malade. Le ventre étant assoupli, la palpation réveille une douleur dans la fosse iliaque gauche à 4 centimètres de la partie médiane de l'arcade crurale.

Exploration rectale, aucun renseignement.

Dgc. Occlusion intestinale par scybales, administration de purgatifs et lavements purgatifs, pas de résultats.

On pense à la paralysie intestinale. On donne strychnine à l'intérieur. Electrisation des parois abdominales. Pas de résultat.

On fait alors le cathétérisme rectal. La sonde pénètre de 20 centimètres environ, mais là elle est souvent arrêtée et se coude.

Parfois quand elle peut pénétrer plus avant, des gaz et des matières fécales liquides s'en échappent.

Le cathétérisme est répété tous les jours et quelquefois deux fois par jour.

9 et 10. — La sonde pénètre bien, des gaz et des matières s'échappent et la main étant par hasard posée au niveau de l'ombilic, on sent un choc qui ne peut être produit que par la sonde, car il correspond à son introduction et disparaît quand la sonde est laissée en repos ou enlevée.

11. — Même signe constaté, évacuation par la sonde.

12. — Le malade a deux petites selles naturelles.

13. — Il peut manger un peu.

14. — Il demande à sortir du service.

16. — Il revient, présentant les mêmes symptômes que la première fois.

Ballonnement considérable, pas de selle, pas de gaz. La sonde rectale ne donne plus de résultat. Après six jours d'aggravation, après des vomissements légèrement fécaloïdes, on fait passer le malade en chirurgie. Il meurt le lendemain sans avoir été opéré, avec vomissements, face grippée, grande gène respiratoire.

Autopsie. — Le côlon ascendant, transverse et le 1/3 du côlon descendant sont en place et fort peu distendus. Les 2/3 du côlon descendant se dirigeant en bas et à droite sont placés sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic et l'S iliaque faisant sur la ligne médiane une courbe tangente au sommet de la vessie vient se continuer avec le rectum au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche par une partie longue environ de 3 centimètres, partie rétrécie à ne pouvoir plus y passer que la pointe d'un crayon. A ce niveau existe sur la face interne de la partie rétrécie une torsion qui se continue sur la face extérieure, mais beaucoup moins distinctement, à cause de l'union des différents plis entre eux par un plasma ayant amené des adhérences.

L'S iliaque a plus de 15 centimètres de diamètre de dilatation. Paroi épaisse de 1 cm. 1/2 déterminée par infiltration séreuse et sanguine.

Dans l'intérieur pas de scybales, beaucoup de gaz et quelques matières fécales liquides.

Observation II. — *Sur un cas de volvulus englobant l'S iliaque* (traduite de l'anglais). — Dr Santwoord, *New-York path. soc.*, 27 janvier 1886.

Homme de 45 ans, enfermé depuis 13 ans, dans une maison de santé, incapable de fournir aucun renseignement sur son passé.

Le 30 juin 1885 cet individu commença à marcher courbé en deux. Plusieurs fois il essaya d'aller aux cabinets, sans résultat.

L'abdomen se météorisant on lui administra plusieurs lavements purgatifs qui ne donnèrent aucun résultat. Le 4e et le 5e jour l'huile de croton ne produisit aucun effet. Pas de vomissements. Une certaine quantité d'eau chaude fut introduite dans le rectum par un tube. Le tube fut rejeté, mais l'eau ne ressortit pas. On fit une ponction capillaire de l'intestin et une grande quantité de gaz s'échappa tellement considérable que le dgc de distension du côlon par obstruction fut porté ; le ténesme était si violent que l'on pensa à un volvulus de l'S iliaque et ce volvulus devait être léger étant donné que le tube ayant dépassé aisément l'obstruction, une injection d'eau put être faite, qui d'ailleurs ne ressortit pas.

Les caractères subaigus des symptômes indiquaient plutôt obstruction que strangulation.

Neuf jours après l'état du malade nécessita la laparotomie.

Incision de quelques centimètres sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Ponction de l'intestin, énormément distendu. On reconnaît que l'intestin a fait un demi-tour sur son axe. L'obstacle est levé facilement. La ponction de l'intestin ayant été faite avec une aiguille à injection hypodermique, on ne plaça sur l'orifice aucun point de suture.

Pendant la suture des parois abdominales une débâcle se produisit.

Trois jours après l'opération le malade allait mieux ; l'abdomen s'était affaissé.

Le 4e jour, élévation de température. Le malade perd ses forces, l'abdomen se distend mais sans aucun autre symptôme abdominal.

L'individu meurt épuisé le 6e jour après l'opération.

Autopsie. — On constate l'existence d'une pneumonie. Le péritoine est intact. Pas de signes d'inflammation. Le côlon est très distendu. Il n'y a pas eu de récidive dans la torsion intestinale.

Observation III (résumée). — *Occlusion intestinale par torsion de l'intestin au niveau de l'anse oméga. — Laparotomie. — Mort par pneumonie.* — Dr M. Péraire, ancien interne des hôpitaux. *Société anatomique*, 1891.

Le nommé J. Bapt..., 73 ans, ex-comptable, villa St-Michel, 26, entre le 8 janvier 1891 salle Bazin, service du Dr Huchard, à l'hôpital Bichat. Les seuls renseignements qu'on puisse obtenir sur sa maladie sont les suivants : de bonne santé habituelle, il fut pris il y a 10 jours de douleurs localisées à la région ombilicale.

Ces douleurs qui persistent aujourd'hui n'ont jamais été fortes.

Depuis cette époque, pas de garde-robes, pas de vomissements, pas de gaz par l'anus, soigné en ville sans succès par les purgatifs.

A l'hôpital Bichat on ordonne un lavement purgatif qui reste sans effet.

On le fait passer alors en chirurgie le 11 janvier 1891, salle Jarjavay, lit n° 12, service du Dr Terrier, suppléé par le Dr Broca.

État actuel. — Abattement modéré, pouls assez fort, mais irrégulier (112), les artères radiales sont athéromateuses. Le cœur n'offre rien de particulier. Les poumons sont congestionnés à la base. En arrière et à droite de la poitrine, râles crépitants mêlés à du souffle et matité sur une assez large étendue. Frottements pleuraux sous l'aisselle gauche. Malgré cela pas de dyspnée.

Le malade présente une double hernie inguino-scrotale. Celle de gauche rentrant facilement avec gargouillements et celle de droite n'étant plus sortie depuis 8 jours.

Le dimanche, à 5 h. 1/2, on intervient, l'état s'aggravant. Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques locales voulues et anesthésié le malade au chloroforme, on incise de l'ombilic au pubis dans une étendue de 10 centimètres environ. La tension abdominale est tellement considérable qu'en incisant le péritoine on entame légèrement, sur une longueur d'un centimètre, la séreuse d'une anse intestinale immédiatement située sous la paroi. Intestin rouge, congestionné. Tension considérable. On agrandit en haut et en bas l'incision abdominale primitive. Les anses intestinales s'échappent, on les protège avec des compresses

stérilisées très chaudes. En tâtonnant et la main étant portée au détroit supérieur et à gauche, on sent un obstacle dû à une occlusion produite par la torsion de l'anse oméga. Cette anse s'est contournée de gauche à droite et de haut en bas. Au niveau de la torsion aplatissement de l'intestin qui ne laisse absolument rien passer dans son intérieur. Il suffit de dégager par un mouvement de torsion en sens inverse l'anse distendue pour voir les gaz circuler librement dans celle-ci et la constriction cesser complètement.

Immédiatement après, le malade rend par l'anus une quantité considérable de gaz et de matières liquides.

Suture de la paroi abdominale en un seul temps avec 12 crins de Florence. Pansement iodoformé.

Le 14 janvier au soir, le malade qui avait vu tous ses symptômes abdominaux inquiétants s'amender après l'opération, s'éteint doucement sans avoir eu de fièvre, sans accuser aucune souffrance, emporté par une pneumonie droite. L'auscultation l'avait révélée et l'autopsie faite le lendemain la confirma.

Observation IV.— *Volvulus de l'S iliaque. — Laparotomie. — Guérison.* — Par M. Lyot, chef de clinique de la faculté, *Bulletin de la Société anatomique*, 1892.

Il s'agit d'un homme, V... Louis, âgé de 62 ans, entré à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur Le Dentu au 4e jour d'une occclusion interne. Le début avait été brusque, signalé par des coliques violentes à la suite d'un effort de défécation. Depuis, vomissements aqueux, pas d'émissions gazeuses par l'anus.

Rien dans les antécédents, si ce n'est un séjour de 20 ans soit en Afrique soit en Australie ; toutefois jamais il n'aurait souffert de la diarrhée, au contraire il a toujours été constipé et restait quelquefois 5 ou 6 jours sans aller à la selle.

L'état général du malade est très bon, le pouls fort. Le ventre est fortement ballonné, plutôt cylindroïdique, globuleux. Le ballonnoment et la dureté semblent un peu plus prononcés immédiatement à droite de la ligne médiane. Dans la région hypogastrique existait une zone de

dimension de la paume de la main où la percussion donnait une sonorité hydro-aérique.

Ces signes rappelaient ceux donnés par Von Wahl dans le volvulus, mais ils n'étaient pas aussi accentués que l'indique cet auteur et le ballonnement avait son maximum non pas à l'hypogastre, mais à l'épigastre. De sorte qu'en raison de l'affaissement relatif de la fosse iliaque droite et du séjour du malade aux colonies (colite), je pensai à un étranglement siégeant sur le gros intestin. Le toucher rectal était négatif.

Il fut convenu avec M. Le Dentu que je donnerais d'abord au malade un lavement électrique et que s'il n'était pas suivi de résultats, j'interviendrais l'après midi. C'est ce qui fut fait.

Incision sous-ombilicale ; en relevant l'épiploon on découvre une anse énorme, du diamètre d'une bouteille, de teinte brun foncé. Elle est placée verticalement, remontant dans la direction de l'appendice xiphoïde où elle pénètre dans la profondeur. En suivant avec les doigts une extrémité inférieure, on a profondément la sensation d'un anneau à bords épais qui l'enserre. L'incision abdominale est prolongée jusqu'à trois doigts de l'ombilic, mais l'anse se développe énorme et il est impossible de voir son pédicule et la façon dont elle est étranglée. Des appendices épiploïques et une longue bande musculaire montrent que c'est le gros intestin. Comme la distension de l'anse paraît due surtout à des gaz, je la vide à moitié avec une aiguille aspiratrice en ayant soin de mettre un point de Lembert sur l'orifice de la ponction. Je puis alors la sortir de l'abdomen qu'elle remplissait. Elle n'a pas moins de 70 centimètres de longueur et forme une longue anse tordue au niveau de son pédicule qui est situé au voisinage de la symphyse sacro-iliaque droite. Je lui fais faire deux demi-tours en sens inverse et je constate sa continuité parfaite d'une part avec le rectum, d'autre part avec le côlon ascendant. L'anse est réduite en évitant de la tordre.

Les sutures de la paroi abdominale n'étaient pas terminées, que les matières s'écoulaient en abondance par l'anus. Suites opératoires régulières. Le malade sortait au bout de 15 jours.

Observation V. — *Occlusion intestinale par torsion du gros intestin.* — *Laparotomie.* — *Colopexie transverse*, par Enrique Tornu. — Recueillie dans les *Anales del Circulo Medico Argentino*, traduite de l'espagnol. — Opération faite en France, en 1892, par le Dr Villar, de Bordeaux.

Il s'agit d'une femme de quarante et quelques années qui présentait tous les symptômes d'une occlusion intestinale.

Laparotomie faite selon toutes les règles classiques de l'antisepsie. Le professeur Villar examina méthodiquement l'intestin à la recherche de la cause de l'occlusion.

Le premier fait qui attira l'attention du chirurgien fut l'état absolument normal que présentait l'intestin grêle, par contre le gros intestin n'occupait pas sa position normale, était très distendu, et en plus d'une anse volumineuse, il aperçut une large bride d'aspect fibreux, résistante et qui ne permettait pas l'introduction d'un doigt entre elle et la portion du gros intestin qu'elle enlaçait.

Afin de se rendre bien compte de la disposition de la bride, le professeur Villar imprima à l'intestin un mouvement de rotation et immédiatement la bride disparut ; il donna un tour en sens inverse à l'intestin et la bride se reforma pour disparaître de nouveau en imprimant à l'anse intestinale un mouvement de rotation en sens contraire ; cela prouvait d'une manière évidente qu'il s'agissait d'une torsion du gros intestin.

La torsion de l'intestin avait eu lieu au niveau de l'S iliaque et avait décrit un mouvement de rotation de gauche à droite, enlaçant le côlon et formant autour de lui un nœud serré.

La large bride cause de l'étranglement n'était autre chose qu'une portion du gros intestin qui, serrée et exsangue, présentait l'aspect fibreux que nous mentionnions plus haut.

A peine le professeur Villar avait-il fait disparaître la torsion de l'intestin que se rétablit le cours des matières fécales, sur la table même d'opération.

Le but de cette intervention chirurgicale était atteint puisque les matières fécales avaient repris leur cours naturel, et il ne restait plus au chirurgien qu'à suturer l'abdomen, mais craignant que le gros in-

testin ne reprenne sa position anormale et que l'occlusion ne se reproduisît de nouveau, il crut prudent dans cette circonstance de compléter l'opération en faisant ce qui suit :

Après avoir agrandi par la partie supérieure l'incision abdominale, il souleva le gros intestin (côlon transverse) jusqu'au niveau de la grande courbure de l'estomac et fixa le côlon transverse à la paroi abdominale par 7 points de suture au catgut fort. Les fils traversèrent d'un côté le péritoine pariétal et une partie de la paroi abdominale et de l'autre le péritoine viscéral et une partie de la tunique musculaire de l'intestin. Et il appela cette fixation : colopexie transverse. Elle devait donc éviter une récidive de cette affection.

Observations VI et VII. — *Deux observations de volvulus de l'S iliaque* observé par le Dr E. Kiwull (Wenden), traduites de l'allemand. *St-Petersburger Medicinische Wochenschrift*, 16 décembre 1893.

Ier Cas. — O. D..., 50 ans, paysan, fut pris le 23 juillet 1892 de douleurs provenant de coliques, qui persistèrent jusqu'au 27 juillet. Pendant ces quatre jours le patient avait eu quelquefois des selles glaireuses et des vents. A partir de l'après-midi du 27 juillet, les douleurs dans le corps devinrent insupportables, notamment dans le côté gauche, et le malade ne rendit plus de gaz. Le 28 juillet, le patient souffrant horriblement et en proie à de continuelles éructations, fut transporté par les siens chez le médecin le plus proche qui essaie de le soulager. Il le garde deux jours, mais ne constatant aucune amélioration, il le fait transporter à l'hôpital de Wenden où le malade est admis le 31 juillet.

Etat du patient lors de l'admission.

Depuis le 27 juillet, il n'y a pas eu de vents ni de selles, éructations fréquentes, pas de vomissements. Le patient est de taille moyenne, bien nourri, de forte musculature, il a des éructations constantes, se plaint continuellement de douleurs dans le corps sans pouvoir désigner un point plus douloureux qu'un autre ; orifice du sac herniaire libre, abdomen gonflé, asymétrique. Depuis le corps de l'os iliaque gauche jusqu'à la région hépatique et épigastrique on voit une assez forte voussure en avant qui, à la palpation, présente une résistance prononcée.

La pression révèle un tympanisme étendu à tout l'abdomen. Dans le rectum point de matières fécales. Sons du cœur, purs. Pouls, 78. Température, 37°2 Poumons normaux. Urine acide. point d'albumine.

A rappeler encore que le patient n'avait jamais été malade jusqu'alors et surtout ne s'était jamais plaint de son estomac.

Diagnostic. — Volvulus de l'anse sigmoïde.

Après que le patient se fut remis de son transport à l'hôpital et eut pris un bain, on le prépara pour subir la laparotomie (paroi abdominale rasée, savonnée, frottée à l'alcool et au sublimé) ; l'opération fut faite le 31 juillet, à 9 heures du soir, sous l'influence du chloroforme.

Le Dr Gaehtgens m'assista. Incision depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse. Après l'ouverture du péritoine s'échappèrent plusieurs anses de l'intestin grêle et des matières d'exsudation à coloration un peu hémorrhagique. Les anses échappées ne sont ni anormalement gonflées, ni injectées d'une manière particulièrement forte. Péritoine miroitant. En introduisant la main jusqu'à la racine mésentérique de l'anse on constate à la base de celle-ci que l'intestin et le mésentère sont disposés en forme de tire-bouchon. En continuant de palper à partir de ce point dans la direction supérieure on réussit à saisir l'anse considérablement gonflée et à la ramener dans la plaie abdominale de façon à la dégager de la cavité abdominale. L'anse se trouve être complètement tordue sur son axe (360°).

Le péritoine de l'anse paraît brillant, les vaisseaux paraissent plus fortement injectés ; la paroi intestinale semble, à la palpation, un peu plus épaisse et présente une coloration rouge foncé. Les parties intestinales situées au-dessous de la torsion de l'axe présentent une coloration normale et une flatuosité peu considérable par rapport à l'étendue de l'anse.

La détorsion réussit facilement. Ce faisant, on remarque que l'anse une fois détordue d'environ 270°, le reste de la détorsion s'effectue spontanément.

A l'endroit de la torsion il n'y a aucune espèce de décoloration gangréneuse, seulement quelques ecchymoses et des dépôts de fibrine.

Le mésocôlon de l'anse ne présente pas une longueur anormale, la largeur en est d'environ 10 centimètres. La reposition des anses in-

testinales dans la cavité abdominale ne réussit qu'après introduction par le rectum d'un gros tube de drainage jusque dans l'anse et injection d'eau chaude qui provoque une abondante évacuation de gaz et de matières fécales.

Les anses de l'intestin grêle qui étaient prolabées et l'anse sigmoïde sont placées pendant l'opération dans des compresses stérilisées, imbibées d'une solution de ClN, ayant la température du corps. Après la reposition, suture de la plaie abdominale. Pansement à l'iodoforme. Aussitôt après l'opération, le patient se réveille (durée de l'opération 1 heure); il se sent mieux qu'auparavant.

1er *août.* — Pendant la nuit, beaucoup de vents. Point de selle, bien-être moral, pas d'éructation. Pouls 82, température, matin, 37°6; soir, 37°8.

2 *août.* — Beaucoup de vents. Point de selle spontanée. A la suite de lavements d'eau chaude évacuation de grandes quantités de matières fécales. Température, matin, 38°4; soir, 39°2. Pouls le soir 96. Le patient se sent très bien, pas de toux, pas de points dans la poitrine, l'abdomen n'est pas sensible à la pression.

3. — Température, matin, 37°8 ; soir, 38°2. Point de selle. Bien-être. Beaucoup de vents.

4. — Température, matin, 37°8; soir, 38°6. Selle spontanée très abondante.

5. — Température, matin, 37°9 ; soir, 38°. Selle spontanée. Bien-être.

6. — Température, matin, 37°4; soir, 37°3.

7. — On enlève quelques sutures fortement tendues.

9. — Pas de fièvre depuis le 6 août. On enlève les dernières sutures. Guérison par première intention. Selle tous les jours. Bien-être.

15. — Le patient quitte le lit.

Le patient est venu me voir souvent depuis qu'il a quitté l'hôpital, et se porte admirablement bien et fait des travaux très pénibles.

IIe Cas. — M. W..., 71 ans, paysan, admis à l'hôpital de Wenden le 6 novembre 1892. Il était devenu malade le 3 novembre à 4 heures de l'après-midi après avoir soulevé un fardeau pesant 200 livres. Il souffrait de douleurs violentes dans le corps et notamment dans la région

de la vessie et un peu à gauche de celle-ci. Depuis ce temps, ni vents ni selles. Les douleurs allaient toujours en augmentant. Eructations fréquentes. Vomissements le jour de l'admission. Les lavements et divers purgatifs demeurent sans résultat. Depuis qu'il est tombé malade le patient a passé plusieurs jours et nuits sur les genoux et les coudes. Avant sa maladie il avait souffert de maux d'intestin, de diarrhée et de constipation alternatives, mais n'avait jamais eu de douleurs comme dans le cas présent.

Le 6 novembre admission à l'hôpital. Etat présent. Taille un peu au-dessus de la moyenne, un peu de maigreur. Température, 37°2. Pouls, 84. Artério-sclérose à l'artère radiale. Eructations continues. Orifice du sac herniaire libre. Abdomen gonflé asymétriquement, à gauche plus qu'à droite. Dans le rayon de la voussure plus forte en avant, on sent à la palpation trois parties plus résistantes, qui traversent l'abdomen obliquement de bas en haut et de gauche à droite. La partie moyenne de la voussure paraît présenter le plus de résistance. La percussion révèle un tympanisme égal de toutes ces parties. Point de matières fécales dans le rectum, ronchus considérables aux deux poumons. Sons du cœur purs. Urine acide sans albumine.

Diagnostic. — Torsion de l'anse sigmoïde, probablement sur le parcours du gros intestin (iléus strangulatoire). Après lui avoir fait prendre un bain on prépare le patient à subir la laparotomie. Chloroforme. Opération dans la nuit du 6 novembre avec l'assistance du Dr Gaehtgens. Incision depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse. A l'ouverture il s'échappe, en même temps qu'une assez grande quantité de liquide à coloration légèrement hémorrhagique, une portion intestinale énormément gonflée qui se trouve être le gros intestin. Cette portion présente un péritoine miroitant, elle parait cependant fortement injectée et d'une teinte bleue rougeâtre. En suivant l'anse gonflée on parvient finalement jusque dans le voisinage de la colonne vertébrale où le mésentère appartenant à la portion intestinale gonflée se présente tordu, comme de la corde. La pression exercée sur l'anse gonflée ne fait pas céder l'accumulation de gaz. La détorsion du mésentère ne réussit qu'après avoir attiré hors de la plaie toute la grande anse gonflée du gros intestin (anse sigmoïde). L'on constate que la torsion sur

l'axe mésocolique est d'environ 270° ; à l'endroit de la torsion il y a, autant qu'on peut voir, quelques ecchymoses. La position de l'anse dans la cavité abdominale correspond à la partie centrale plus persistante décrite plus haut ; aux deux côtés de l'anse se trouvent des anses de l'intestin grêle, l'intestin situé au-dessus de l'anse étranglée ne présente qu'une insignifiante flatuosité. La reposition de l'anse gonflée dans la cavité abdominale ne réussit qu'après avoir introduit un gros tube en caoutchouc jusque dans la portion intestinale gonflée et avoir évacué une grande quantité de gaz et après irrigation à l'eau chaude des matières fécales. Il est à remarquer qu'à la suite de la déplétion de l'anse, celle-ci s'affaissa comme un sac vide et ne présentait plus de trace de turgescence. Mais elle n'était large que de 10 centimètres. Après reposition de l'anse, suture de la plaie abdominale. Pansement.

7. — Le patient se sent subjectivement très bien. Eructations plus rares. Pas de selle, pas de vents. Température matin, 37°4 ; soir, 37°7.

8. — Température matin, 37°3 ; soir, 38°. Abdomen plus gonflé. Pas de selle, pas de vents, borborygmes. Un lavement, sans résultat.

9. — A la suite d'un lavement, selle abondante, abdomen plus mou, pas douloureux. Le patient se sent très soulagé, il mange avec bon appétit. Température le matin 37°6, le soir 37°8.

10. — Beaucoup de vents, abdomen plat, après lavement, selle très abondante. Le soir, toux et points dans la poitrine, à droite. Température matin 38°3, soir 38°9.

11. — Un peu d'hébétude. Pouls 108, arythmique, crachats couleur rouille ; aux deux poumons matité et ronchus. Selle spontanée, abdomen plat, pas douloureux. Température matin 38°2, soir 38°6. Ordonnance : vin, liqueur, ammoniaque, anisette.

12. — Même état. Température matin 38°3, soir 38°6.

13. — Matité sur tout le poumon droit, légère hébétude. Température matin 38°4, soir 38°4.

14. — Plus d'hébétude, le reste comme hier. Température matin 38°3, soir 38°5.

15. — On enlève les sutures. Guérison par première intention, ronchus dans le poumon droit. Le soir forte sueur. Pouls 100 fort. Température matin 38°5, soir 38°5.

16.— Température matin, 37°7. Pouls, 102, faible, légère hébétude. Température soir, 37°7.

17. — Mort à 1 heure du matin.

Autopsie le 18 novembre.— Plaie opératoire fermée par première intention, pas d'exsudat dans l'abdomen. Péritoine pariétal et viscéral miroitant, anses intestinales brillantes, ne présentant pas d'agglutinations anormales ou de restes d'anciennes affections péritonitiques. L'anse, de largeur physiologique, présente un mésocôlon dont la plus grande longueur est d'environ 25 centimètres et la largeur de 8 centimètres. On ne constate aucune espèce de cicatrices au pied de l'anse. Le ligament mesenterico-mesocolicum de Gruber est très nettement prononcé. Si du côlon ascendant et transverse on chasse les gaz dans l'anse et qu'on la mette dans la position où elle fut trouvée lors de l'opération (torsion d'environ 27°), on voit le ligament mesenterico-mesocolicum se tendre très raide et opposer un obstacle visible à l'évacuation du contenu de l'intestin. La muqueuse de l'anse de même que celle des parties du côlon situées au-dessus, présentent un aspect tout à fait normal. Pas d'altération à constater, au foie, à la rate, ni aux reins. Tout le lobe droit et le lobe inférieur du poumon gauche sont infiltrés pneumoniquement. Le cœur ne présente rien de particulier, dans l'aorte il y a des altérations artério-sclérotiques peu importantes.

Observation VIII. — *Congrès de chirurgie*, octobre 1895.

M. P. Michaux (Paris) donne la relation des faits suivants : je suis appelé le 13 octobre 1893 près d'un homme de cinquante ans environ qui souffre depuis 4 jours d'accidents très nets d'obstruction intestinale. Depuis 2 jours les souffrances sont plus vives, le ventre se ballonne, il y a des renvois gazeux ; pas de vomissements. L'état général est satisfaisant ; trois lavements électriques sont donnés sans aucun résultat ; l'intervention est pratiquée le lendemain matin, de suite après l'insuccès de la dernière de ces tentatives médicales.

Je soupçonne une obstruction chronique par cancer de l'S iliaque et, dans le but de faire un anus contre nature (colotomie iliaque), je fais une incision iliaque gauche.

Je reconnais qu'il n'y a pas de tumeur maligne, mais un obstacle qui siège dans le petit bassin, je referme mon incision iliaque et je fais la laparotomie médiane de l'ombilic au pubis. Je reconnais une torsion du mésocôlon.

Le volume des anses intestinales m'empêche de manœuvrer dans le ventre. Eviscération rapide de tout l'intestin soigneusement maintenu dans des compresses bouillies chaudes.

Détorsion de l'anse sigmoïde deux fois tordue sur elle-même et comprimant la face antérieure de l'origine du rectum, où l'on voit nettement son empreinte.

L'intestin ayant le calibre d'un intestin de cheval, il est impossible de le rentrer ; je n'hésite pas à inciser l'anse terminale afin d'évacuer les liquides et les gaz qu'elle contient et de pouvoir pratiquer ensuite la réduction. Triple suture de Lembert sur l'orifice d'évacuation, réduction rapide. Suture abdominale complète.

Une demi-heure après évacuations abondantes de matières et de gaz.

Guérison des plus rapides sans aucun incident.

Au point de vue opératoire, j'insisterai sur les 4 points suivants :

1° Nécessité d'une large incision abdominale et d'une éviscération rapide (l'intestin étant soigneusement maintenu dans des serviettes chaudes bouillies), on gagne ainsi beaucoup de temps.

2° Incision évacuatrice de l'intestin. C'est la boutonnière de dégagement préconisée par Madelung, pratiquée par Mikulicz, Terrier, J. Bœckel. Je la crois excellente, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'y recourir, elle ménage beaucoup de temps,évite beaucoup de manœuvres manuelles de réduction aussi dangereuses que longues ; avec les précautions que j'ai suivies elle est, je crois, sans danger.

3° La détorsion de l'intestin a nécessité deux prises ; j'insisterai sur les difficultés qu'il y a, sur un intestin dilaté, à se rendre compte du sens dans lequel s'est faite la torsion.

Enfin M. Michaux termine sa communication en faisant remarquer que son observation remontant à 1893 il ne pouvait encore connaître le procédé employé par le Dr Roux (de Lausanne) à savoir : la fixation de l'anse sigmoïde à la paroi iliaque dont il faisait mention un an plus tard dans le numéro de janvier 1894 de la *Revue médicale de la Suisse*

romande; mais qu'à la première occasion il ne manquera pas d'en faire usage, le considérant comme un complément très important de l'opération.

Observation IX (résumée). — *Un cas de volvulus de l'S iliaque réduit avec succès après laparotomie*, par William Mayo, traduite de l'anglais, *Annales de chirurgie*. Philadelphie, 1893.

La patiente Mme M..., âgée de 50 ans, internée à l'hôpital des fous de Rochester, est atteinte de maladie chronique depuis longtemps, tout en jouissant cependant d'une bonne santé jusqu'en avril 1893, où le 1er de ce mois elle fut tout à coup prise de vomissements et de tous les symptômes qui constituent les cas d'obstruction intestinale aiguë.

Malgré le traitement médical, la malade empira, le tympanisme fit son apparition, en même temps que le pouls devenait rapide et que la température s'élevait légèrement.

Le soir du 3e jour (3 avril 1893) je fus appelé au lit de la malade pour voir s'il n'y avait pas lieu d'intervenir chirurgicalement. Je la trouvai étendue sur son lit, les genoux fléchis, la face grippée et très anxieuse. Pouls 114. Température 37°8.

L'abdomen était énormément distendu, surtout vers le centre où on apercevait un élargissement ovoïde de grande dimension. Un peu de chloroforme lui fut donné et j'introduisis ma main gauche dans le rectum. Avec mon index gauche je pus sentir un resserrement très marqué juste à gauche du promontoire sacré. Quelques heures plus tard, après les préparatifs d'usage et l'anesthésie avec l'éther, je fis une petite incision au niveau de la ligne blanche au-dessous de l'ombilic. Immédiatement nous aperçûmes un viscère extrêmement distendu, que nous prîmes au premier abord pour l'estomac, mais que je reconnus être le côlon.

Je l'incisai aussitôt, et une grande quantité de gaz, ainsi qu'un peu de liquide s'échappèrent de l'incision, suffisamment pour diminuer la distension et permettre un examen attentif qui nous montra l'anse sigmoïde ayant accompli un tour entier sur elle-même de gauche à droite et une assez grande portion du côlon transverse tombé dans la région pelvienne droite.

Alors quelques sutures (Lembert) étant placées sur l'incision faite à l'intestin, la réduction et le replacement de l'anse se fit sans trop de difficulté. Aussitôt que la malade fut un peu revenue à elle, on lui administra une certaine quantité de calomel qui, quelques heures plus tard, amena une décharge considérable. — Opération suivie plus tard du rétablissement complet de la malade.

Observation X. — *Malade opéré deux fois avec succès pour volvulus* (Amérique). — *Société médicale des hôpitaux*, 23 juin 1893.

M. Finney a communiqué à la *Johns Hopkins hospital society*, l'observation d'un malade qu'il a opéré récemment avec succès pour un volvulus. Ce qui fait l'intérêt tout spécial de ce cas, c'est que ce même malade avait déjà été laparotomisé par M. Halsted 35 mois avant l'opération pratiquée par M. Finney pour un premier volvulus. Voici comment les choses se sont passées dans les deux cas.

Au mois de janvier 1890, ce malade fut conduit à l'hôpital présentant des symptômes graves d'occlusion intestinale rendant une intervention chirurgicale nécessaire. Après laparotomie, M. Halsted constata que le côlon était énormément distendu et que cet intestin, complètement contourné sur lui-même, embrassait dans un véritable nœud l'S iliaque, entièrement fermé.

L'obstacle fut levé, les suites de l'opération furent très simples et le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

Au mois de décembre 1892 cet homme fut de nouveau amené à l'hôpital avec tous les signes d'une occlusion intestinale et placé dans le service de M. Finney.

A ce moment on pouvait espérer qu'une opération ne serait pas nécessaire. En conséquence on commença par employer tous les moyens usités en pareil cas. On obtint d'abord un semblant de succès et les choses traînèrent pendant une semaine. Cependant l'état du sujet devenant plus grave, il fallut se décider à l'opérer une seconde fois. Une incision fut pratiquée au voisinage de l'ancienne cicatrice. La pression intra-abdominale était si forte que dès que le ventre fut ouvert, le côlon sortit brusquement par la plaie. Au moment de sortir, sous les

yeux du chirurgien et de ses aides, l'intestin fit un tour complet sur lui-même, se dénouant ainsi spontanément. Aussitôt il se produisit une débâcle abondante, l'obstacle était levé. Le malade sortit guéri, au bout de 18 jours.

M. Halsted ajoute que ce cas est, croit-il, le premier cas dans lequel deux opérations heureuses ont été pratiquées chez le même sujet. Dans tous les cas publiés jusqu'ici, dans lesquels le volvulus avait récidivé après une première opération ou bien on n'opéra pas une seconde fois, ou bien la seconde intervention fut suivie de mort.

Observation XI. — *Observation d'un volvulus de l'S iliaque avec mort au 6e jour sans vomissements fécaloïdes* (résumée). — Catrin, *Soc. médic. des hôpitaux*, 1894.

Homme robuste. Le 2 octobre, après une vive contrariété se couche après avoir été à la selle et est réveillé au milieu de la nuit par des coliques extrêmement vives dans tout l'abdomen, mais plus intenses dans le flanc gauche. Le lendemain vomissements bilieux. Le surlendemain à l'examen, on constate : douleurs très vives dans tout l'abdomen, météorisme considérable généralisé avec bosselure plus marquée dans le flanc gauche, pas de selle depuis 30 heures, pas d'émission de gaz, mais éructations par le haut, fréquentes, nausées, vomissements bilieux. Facies peu altéré. Pouls ni filiforme ni tendu. Respiration anxieuse. Température 38°5. Les lavements ne donnaient pas de résultats. Administration de morphine et application de glace sur l'abdomen. Boissons glacées. État stationnaire le mercredi. Le calomel ordonné ne produit pas de résultat.

Le jeudi, le facies devient grippé, pouls petit, douleurs augmentent, vomissements porracés, non fécaloïdes.

Vendredi même état, mais plus grave.

Le samedi l'état empire, douleurs intolérables continuelles, météorisme considérable, vomissements incessants, hoquet, pouls filiforme, facies grippé.

Pollakyurie avec dysurie.

Le toucher rectal montre à 7 centimètres de l'anus une tumeur

molle, pâteuse, non rénitente, dépressible, faisant saillie à la face antérieure du rectum, on songe à la vessie. Le cathétérisme ne donne presque rien.

Le malade étant porteur d'une adénite cervicale on pense à une péritonite tuberculeuse datant déjà de quelque temps et ayant subi, sous une influence inconnue, une poussée aiguë dont les symptômes se manifestent actuellement. On ne pense pas au volvulus étant donné l'absence de vomissements fécaloïdes et l'intervention chirurgicale est différée, eu égard à l'état local et général du malade et on insiste sur le traitement opiacé. Le lavement électrique fut même essayé par deux fois sans résultat.

A 4 heures, le pouls peu perceptible est très fréquent. Orthopnée considérable, hypothermie, souffrances intolérables, vomissements incessants, mort vers minuit dans un demi-coma.

Autopsie. — 8 octobre, 6 jours après le début des accidents.

A l'ouverture de l'abdomen on aperçoit deux énormes cylindres, recouvrant les côlons ascendant transverse et descendant ainsi que l'intestin grêle et qui ne sont autres que l'S iliaque tordu deux fois sur lui-même à environ 10 ou 12 centimètres de l'orifice anal.

La détorsion étant faite, les gaz s'échappent par l'anus. Pas d'accumulation de matières fécales dans l'intestin. Aucune lésion sauf dans la portion étranglée qui est hyperhémiée. Çà et là quelques hémorrhagies de la muqueuse. Péritoine sain.

Observations XII et XIII. — *Deux cas de volvulus de la flexure sigmoïde, avec laparotomie, reposition et typhlostomie.* — Par le professeur Dr R. G. Lennander (traduites de l'allemand), *Wiener klinische Woch.*, année VII, 1894, Vienne, pages 574 et 591.

1er Cas. — Sch... A. W..., 65 ans, admis le 29 mars 1893, nº 127 a.

Etant enfant, le patient eut plusieurs fois des diarrhées sanguinolentes et pendant plusieurs années, il souffrait de colique et de constipation. Il y a quatre ans, il eut spontanément une hernie inguinale. Il n'en fut jamais incommodé et n'a donc jamais porté de bandage. Ce n'est que plus tard qu'il eut un « volvulus », qui fut traité par le pro-

fesseur Nordland au moyen de lavements. Au bout de 6 semaines, il put, presque rétabli, quitter le lit. Depuis il s'était bien porté et n'eut à souffrir que de coliques et de constipation.

Le 27 *mars*, il n'alla pas à la selle, mais s'échappa quelque gaz. L'abdomen se météorisa, mais le patient n'éprouva aucune douleur et travailla comme d'habitude. L'appétit était bon. Le lendemain, ce fut la même chose, il eut, en plus, des douleurs abdominales, des frissons et de l'inquiétude. L'abdomen était très tendu. Le médecin consulté ordonna des lavements qui demeurèrent sans résultat. Le soir, malaise et vomissements de masses puantes, jaunâtres et glaireuses. Le lendemain, indisposition sérieuse. Les vomissements étaient très douloureux; pas de vent. Les douleurs étaient le plus violentes immédiatement au-dessus de la symphyse ; la tension et le gonflement de l'abdomen allèrent en augmentant, frissons et malaises, mais pas de gêne respiratoire. On admit le patient le 29 mars, à 10 heures du soir.

Immédiatement avant l'opération qui fut faite le 30 mars, à 1 heure du matin, le ventre était anormalement distendu. C'est la partie moyenne comprise entre le cœur et la symphyse qui faisait la saillie la plus forte. En dehors du bord latéral du muscle droit gauche se trouvait une partie assez déprimée, qui s'étendait jusqu'à la crête de l'iléon. Au côté droit, cette dépression n'était qu'indiquée. Le son de percussion était plus plein aux parties moyennes de l'abdomen qu'aux régions lombaires. L'estomac avait été lavé avant l'opération. On pouvait verser d'un seul coup un litre de liquide dans l'estomac. L'eau revint bientôt, tout à fait claire : il ne s'échappa pas de gaz. Auparavant, on avait, pendant plusieurs heures, essayé de laver les intestins par le rectum ; mais en vain. On ne put injecter d'un coup que 1/4 de litre. Le patient avait des douleurs violentes, persistantes.

En s'appuyant sur les anamnestiques, le résultat des lavages de l'estomac et de l'intestin et la forme de l'abdomen, on était certain qu'on se trouvait en présence d'un obstacle mécanique déterminé, et l'on songea tout de suite au volvulus de la flexure sigmoïde.

On pratiqua la laparotomie sur la ligne médiane, par une incision longue d'environ 15 centimètres. Dans la cavité péritonéale, on trouva un liquide jaunâtre. Dans la plaie, on rencontra tout de suite une anse

intestinale extraordinairement distendue que l'on recouvrit de compresses de gaze hydrophile. On y fit une incision longue de 1 centimètre. Il s'échappa une quantité de gaz puant et un liquide clair comme de l'eau. Ce liquide échappé, on ferma la plaie par deux sutures latérales. Une seconde anse intestinale violemment gonflée se présenta ensuite ; on y fit une incision qui laissa s'échapper des gaz, on fit les mêmes sutures. Il se trouva alors que l'anse intestinale ouverte en premier lieu était la flexure sigmoïde et que celle, ouverte en dernier lieu, appartenait au côlon transverse et dans laquelle, une fois affaissée, on sentait de grandes masses de scybales dures. L'anse était cependant toujours tellement gonflée qu'on ne put l'amener hors de la plaie abdominale, sans faire préalablement une incision dans l'intestin ; il s'en échappa tout d'abord un liquide clair, aqueux, puis une mucosité blanchâtre. Dans l'anse, il n'y avait pas de scybales. Le mésosigmoïde était très long et étroit, notamment à la base. Partout se trouvaient une quantité de cordons solides qui, notamment à la racine du mésentère, maintenaient l'un contre l'autre les deux branches de l'anse (péritonite chronique). L'anse avait subi une torsion de 180° au moins (on ne put établir sûrement le degré de la torsion). Cette anse tordue s'était placée dans l'abdomen à droite et en haut et avait été manifestement en partie comprimée par une anse descendante du côlon transverse. Le côlon descendant était assez contracté et rempli de scybales très dures. Après que l'anse sigmoïde eut été lavée à fond au moyen d'une solution chaude de sel de cuisine, sa séreuse ne présentant aucun indice d'une altération plus profonde, elle fut donc remise en place. Cependant comme l'S romain indiquait une tendance à se tordre à nouveau, on le fixa par des sutures, sur le côté à la paroi antérieure de l'abdomen, immédiatement en dehors du bord latéral du muscle du rectum. Cette fixation faite, on ouvrit le ventre dans la région latérale et l'on fit attention à ce que la flexure ne vînt, à aucun endroit, se placer de façon à dessiner des courbes aiguës. Sutures en étages aux trois incisions. Avant les sutures, le ventre fut lavé au moyen d'une solution de sel de cuisine de 8-10 litres. Pendant cette opération, une partie de l'intestin grêle vint se placer en avant, qui ne fut remis en place qu'avec difficulté.

30. — Pouls au matin, 92, très irrégulier. Pas de douleurs. Pas de

gaz. Injection sous-cutanée de 550 centimètres cubes d'une solution de sérum physiologique. Injections de camphre et lavements de sucre de raisin. Le soir, pouls plus régulier, 96. On donna au patient une tasse de café.

31. — Pendant la nuit, un peu de vomissement. Sommeil intermittent. Pas de douleurs. Le matin, lavement de l'estomac, pendant lequel on note une grande quantité d'éructations. Dans la journée, pas de malaise, quelques vomissements. Le soir, le patient ayant eu des renvois et du dégoût, on lava l'estomac à nouveau, puis on administra deux cuillerées d'huile de ricin et de cognac, qui furent rendues au bout de deux heures.

1er *avril*. — Le matin, vomissement de matières sentant les matières fécales, gonflement du ventre, impossibilité de faire partir ni gaz, ni matières fécales au moyen de lavements de l'estomac et de l'intestin. On en conclut qu'il pourrait y avoir une paralysie de l'anse sigmoïde et l'on établit donc au cœcum, qui, situé à sa place ordinaire, était modérément rempli de gaz, un anus artificiel. On le fixa par une simple série de sutures latérales au péritoine pariétal, qui avait été préalablement soigneusement cousu à la peau, et on l'ouvrit aussitôt avec le thermocautère. Pendant le lavage, il s'échappa, par l'ouverture, des gaz et une grande quantité de matières fécales solides. Avant l'opération, il existait à peine une matité absolue du foie. Après le lavage, l'abdomen était très affaissé et la matité du foie était particulièrement distincte.

Dès lors, l'état du patient fut meilleur. Dans la journée, pas de vomissement, mais des renvois. Dans la nuit, le patient vomit des matières intestinales infectes, sentant la purée de petits pois ; on entreprit donc un lavage à fond de l'estomac, ce qui fit s'échapper une quantité considérable d'un liquide de même nature que le précédent. Injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine, puis 3 heures de sommeil.

2. — Le matin, lavage par l'anus contre nature ; évacuation de gaz et de matières fécales solides. Des flatuosités s'échappent spontanément par l'anus. Pouls, le soir, très irrégulier. Etat général du patient, assez bon.

3. — Le matin, un lavement à l'eau de savon ; évacuation de gaz, mais non de matières fécales. A midi, lavage par l'anus artificiel et de nouveau, échappement d'une grande quantité de flatuosités. Etat général satisfaisant, malgré les hoquets. Pas de douleurs, pas de sensibilité à la pression. Abdomen mou, pas gonflé.

4. — Bon sommeil pendant la nuit. Le jour, de l'eau de Vichy et du lait, qui ne sont pas rendus. Matières fécales rendues par les deux anus, bien que très peu par l'anus naturel. Emission très fréquente de flatuosités. Etat général assez satisfaisant. Pas de malaise.

5. — Nuit agitée, peu de sommeil. Dans la journée, selle spontanée par les deux anus. Par l'anus artificiel, on a enlevé, par le lavage, une grande quantité de matières fécales. Pas de malaise. Etat général très mauvais. Fortes sueurs. On administre plusieurs stimulants : cognac, vin, camphre. Malgré cela, le pouls est irrégulier le soir ; sa fréquence est de 107.

6. — Bon sommeil pendant la première partie de la nuit. Dans le jour, un peu de toux et d'apnée. Pas de malaise. Deux selles par la voie naturelle. On permet au patient de prendre des œufs, du beefsteak, du lait aux œufs, du bouillon, du cognac.

7. — Mauvaise nuit et, aujourd'hui, mauvais état. Apnée prononcée, mais pas de douleurs, ni de points sensibles dans l'abdomen, qui est affaissé. Dans la journée, trois selles abondantes, demi-consistantes, par l'anus naturel. Dans le pansement, il y a également, aujourd'hui, plusieurs fois des matières fécales. Bien que le patient ait absorbé une grande quantité d'aliments et de stimulants de toutes sortes, qu'il a gardés, ses forces se trouvent, à 7 heures 1/2 du soir, considérablement diminuées.

Pouls dans le courant de la journée :

8 h. matin..........	112	irrégulier.
10 h. »	132	
1 h. après-midi......	124	
7 h. 30 soir.........	120	
9 h. soir	120	
9 h. 20 soir.........	100	régulier.

	29 mars		30 mars		31 mars		1er avril		2 avril	
	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir
Pouls...........	»	92	92	96	84	84	100	92	84	92
Temp. du rectum	»	37.4	37.8	38.3	37.5	38.1	37.6	38.4	37.4	37.8
	3 avril		4 avril		5 avril		6 avril		7 avril	
Pouls...........	100	94	96	104	100	104	98	116	112	120
Temp. du rectum	37.4	37.6	37.6	38.0	37.4	37.5	36.8	37.5	37.7	38.2

8 *avril.*— Mort. Les poumons, par suite du mauvais état du patient, n'ont pu être examinés.

Extrait du procès-verbal de l'autopsie, faite le 11 *avril* 1893, par M. C. Sandberg.

Les parois abdominales sont assez tendues, verdâtres. Dans la ligne médiane se trouve une incision longue de 16 centimètres, qui commence à 7 centimètres au-dessous de la symphyse et va jusqu'à l'ombilic. Dans les deux hypochondres se trouvent des incisions longues de 5 centimètres, transversales, suivant une direction oblique, situées à quelques centimètres au-dessus de la crête de l'iléon, toutes suturées. Immédiatement au-dessus de la crête iliaque droite et parallèlement à celle-ci, il y a encore une autre incision longue de 9 centimètres qui, des parois abdominales, s'étend jusqu'à l'intestin qui, par le moyen d'un anus artificiel, s'ouvre directement au dehors qui est cousu immédiatement à ce qui l'entoure. Dans le canal inguinal droit se trouve un sac herniaire vide, assez spacieux, long de 7 centimètres.

Après l'ouverture de la cavité abdominale, on constate que l'incision opératoire est fraîche dans la ligne médiane, çà et là traversée de légères hémorrhagies. Le péritoine, au même endroit, est lisse, humide, sans surcharge. Les intestins grêles sont assez considérablement dilatés par les gaz, et la plus grande partie en est située au côté gauche, au-dessus de l'anse sigmoïde considérablement dilatée, qui s'étend transversalement par-dessus la cavité abdominale, au-dessus et parallèlement à l'ossa-pubis. La flexure est dilatée par les gaz jusqu'à présenter la grosseur de l'avant-bras. Elle est fixée à droite et à gauche d'une manière qui correspond aux deux sections transversales susmentionnées. Le gros intestin est un peu contracté. L'estomac est

considérablement gonflé de gaz. La flexure sigmoïde, ainsi que l'intestin grêle, présente à sa surface des bandes longitudinales vivement injectées, larges de 3 millimètres, sans surcharge. En détachant les intestins, on constate qu'il n'y a de volvulus nulle part et notamment, que la flexure ne présente aucune espèce de torsion susceptible de rendre impraticable le passage de l'intestin... A la transition du côlon descendant à la flexure sigmoïde, la muqueuse de l'intestin présente, sur une étendue de 5 centimètres, une coloration gris-vert. La muqueuse présente en outre à ce point, dans toute l'étendue de l'intestin, une grande quantité d'ulcérations ayant un diamètre de 17 millimètres ou davantage et qui, en partie sont chargées d'une masse jaunâtre sèche, en partie sont intactes au dessous de ce point, elle redevient pâle et n'est couverte que par un petit nombre de tumeurs, à parcours transversal. Les sutures de fixation passent par la séreuse. Les intestins renferment dans leurs parties inférieures des matières fécales jaunes liées. La musculature du cœur présente une coloration brune. Dans le lobe inférieur du poumon droit, on rencontre isolément des foyers à infiltration pneumonique, grands comme une noisette et moins, à l'aspect rouge-gris. Dans le poumon gauche, il y a un pareil foyer, grand comme le poing et qui occupe la partie supérieure du lobe inférieur ; il s'en trouve de plus petits dans le parenchyme des deux poumons, qui, à ce point, est particulièrement fragile.

IIe Cas. — Vve S.. , 71 ans, admise le 4 juillet 1892, n° 223 a.

Les renseignements anamnestiques suivants m'ont été fournis par le Dr T. Brunnberg et par la bonne de la patiente. Celle-ci a été pendant 13 ans affectée d'aliénation mentale ; elle fut soignée chez elle ; elle s'occupait à lire et à faire des travaux manuels. Parfois elle mangeait d'une manière à effrayer son entourage, puis elle jeûnait un jour ou plusieurs jours de suite. Les selles ont été bonnes en général. Après les repas copieux, elle ressentait ordinairement « une tension dans l'estomac » et elle avait de fréquents renvois ; parfois il venait s'y ajouter des vomissements ; à part cela, rien d'anormal.

Le 26 *juin*.— La patiente eut une selle glaireuse abondante. La semaine précédente, la selle avait été lente, mais avait eu lieu journellement. Le 27, il y eut constipation absolue. Le soir, on administra 2 pilules

laxatives et un lavement, sans succès. Le matin du 28, deux autres pilules qui demeurèrent sans effet. Le 29 et le 30, des lavements qui n'eurent pas d'effet non plus.

1er *juillet*. — Le Dr Brunnberg fut consulté ; il ordonna une bouteille d'eau purgative qui fut prise en deux doses, et des lavements. Malgré cela, pas d'évacuation, quelques vents seulement. Une cuillerée d'huile de ricin trois fois par jour administrée à 1 heure d'intervalle, ainsi que les lavements n'eurent point d'effet.

4. — La patiente vint à la clinique me consulter.

Au début de la maladie, elle demeurait debout, vaquait à ses travaux ordinaires, se plaignait de douleurs dans le côté du ventre, mais se portait bien quant au reste. Son appétit allait diminuant ; les 3 ou 4 derniers jours qu'elle passa chez elle, elle ne prit rien. Le 1er juillet, elle fut obligée de s'aliter. Dès lors, le ventre était tendu. Depuis qu'elle était malade, elle n'avait pas eu de vomissements.

État présent, le 4 juillet : Pouls assez tendu, au plus 80. Abdomen gonflé, notamment au-dessus de la région ombilicale. A gauche et à droite de la ligne médiane se trouve de chaque côté une anse. Ces anses rendent un son tympanique plein. Dans la région lombaire gauche, matité. Étendue de la matité du foie diminuée. A la palpation par le vagin, on sent dans la cavité de Douglas une tumeur grosse comme une pomme, dure, incrustée de sels calcaires et qui, avec l'utérus, se laisse déplacer en avant dans la direction de la symphyse. Le soir du 3 juillet et le matin du 4, tentative de lavage de l'intestin ; mais l'eau revient claire. Le 4, on ne put introduire que 150 centimètres cubes d'eau de lavage. L'état général relativement bon de la patiente et le résultat de l'examen indiquaient que l'occlusion du passage intestinal devait être cherchée tout au bas du côlon et était probablement due à un volvulus de l'anse sigmoïde.

Aussitôt on pratiqua la laparotomie dans la ligne médiane. Il s'échappa une anse intestinale très dilatée, qu'on ne put cependant pas sortir davantage de la plaie.

A la suite d'une incision, il s'échappa une grande quantité de gaz. L'ouverture fut refermée par deux séries de sutures latérales. L'anse intestinale, qui était la flexure sigmoïde, put dès lors être sortie. L'ab-

domen renfermait une faible quantité de liquide couleur de sang. La flexure sigmoïde présentait une demi-torsion à gauche. Elle fut reposée. Puis on extirpa le « myome séreux » que l'on avait palpé avant l'opération. A la suite de l'opération, on plaça un tube intestinal dans le rectum et par ce tube, ainsi qu'à côté de lui, sortirent des matières fécales glaireuses. L'abdomen fut lavé avec une solution de sel de cuisine et la plaie abdominale, fermée au moyen de sutures profondes. En raison de l'extension considérable de la flexure, et de ce fait qu'elle ne se contracta pas après l'incision, mais demeurait affaissée dans l'abdomen, en raison aussi de la coloration de sa séreuse qui à tels endroits était gris cendre, à tels autres plutôt rouge bleu, on établit au cœcum un anus artificiel.

Le myome séreux avait les dimensions d'une orange de grosseur moyenne, était marqué, au milieu, d'un sillon peu profond et avait la dureté de la pierre. Température, le soir 38°3, pouls 96. Abondantes évacuations liquides ; échappement de gaz par le rectum ; pas de vomissement. Le soir, introduction, dans l'anus artificiel, d'une sonde de Nélaton : des gaz s'en échappent.

Au début, la marche est très favorable. Dès le premier jour, les flatuosités et les matières fécales s'échappent principalement par le rectum. Au bout d'un mois, alors que la section abdominale s'était fermée déjà par première intention et que l'ouverture au cœcum avait diminué, on remarqua au niveau des tégnments du sacrum et des deux trochanters le début d'une altération. Il s'y développa bientôt des tumeurs inflammatoires pour lesquelles la patiente fut pendant quinze jours traitée par la méthode de Nelander et par des bains permanents, sans résultats, au reste. Au bout de ce temps la patiente fut transportée chez elle et elle mourut le 7 septembre 1893 de pneumonie hypostatique. Son canal intestinal avait tout le temps bien fonctionné ; l'ouverture au cœcum, fermée depuis longtemps, s'était rouverte quelques jours avant l'issue fatale.

Réflexions. — Il est évident qu'il existait dans les deux cas, au moment où ils furent admis à la clinique, un obstacle mécanique déterminé, dans le tube intestinal.

Mais, par suite de la forte tension de l'abdomen, il était difficile, sinon impossible, de s'expliquer avec quelque certitude la constitution et la situation de l'obstacle.

Si nous examinons l'histoire de l'affection du forgeron W., nous trouvons que chez cet homme de 65 ans, qui jusqu'au début de son affection avait constamment travaillé comme forgeron, avait eu, plusieurs fois dans son enfance, des diarrhées sanguinolentes, que depuis de longues années des alternatives de coliques et des constipations le tourmentaient et que, il y a quatre ans, un mal qui dura six semaines la retint au lit. Comme le patient était encore, à l'âge de 65 ans, assez solide pour travailler sans relâche, on ne pouvait admettre l'existence de strictures cicatricielles, mêmes bénignes, déterminées, dans l'enfance, par la dysenterie. L'hypothèse la plus probable était celle d'une anomalie de l'anse sigmoïde. On pouvait supposer que cette portion intestinale fut extraordinairement longue ou fixée d'une manière anormale quelconque, ou qu'elle se fut légèrement tordue d'une manière ou d'une autre, par suite de la forme de son mésosigmoïde, toutes circonstances qui eussent pu coexister avec une coprostase se manifestant de temps à autre et qui, comme il paraît, peut dans beaucoup de cas provoquer des altérations chroniques de la séreuse au gros intestin et de celle qui l'environne. On pouvait s'attendre à de pareilles altérations chez ce patient, puisque quatre ans auparavant un soi-disant enchevêtrement de l'intestin l'avait obligé à garder le lit pendant plus de six semaines.

Ce qu'il y avait de remarquable, à l'examen de l'abdomen, c'est que toute la partie médiane de la paroi abdomi-

nale, depuis la symphyse jusqu'à l'épigastre, présentait le gonflement le plus saillant, et qu'il y avait impossibilité d'injecter d'un coup par le tube rectal plus de 1/4 de litre de liquide.

On soupçonna donc l'existence d'un volvulus de l'anse sigmoïde. Il faut croire que l'occlusion du passage intestinal ne s'effectua que peu à peu dans le courant du 27 et du 28. Ce jour, non seulement le passage était complètement fermé, mais il existait encore une strangulation qui provoqua des douleurs extrêmement violentes et des vomissements continus de matières à odeur repoussante avec réaction générale sur le système nerveux.

Le tableau de l'affection de la veuve S... est tout autre. Quoique âgée de 71 ans, elle n'avait jamais souffert de troubles quelconques du tube intestinal, qui pouvait s'accorder avec son appétit parfois exagéré. A partir du 27 juin, elle n'avait pas eu de selles, ni d'échappements de gaz, si ce n'est le 1er juillet, à la suite d'un lavement.

Bien qu'elle ne parût pas éprouver de fortes douleurs, elle présentait une tension de l'abdomen de plus en plus grande. Les médicaments ne purent provoquer des vomissements. A l'examen local du ventre, on constata que la plus grande tension existait aux deux côtés de la ligne médiane, au-dessous de la région ombilicale, où on pouvait distinguer deux intestins courant parallèlement.

A l'examen du vagin, on sentit une tumeur incrustée de sels calcaires, située en bas dans la cavité de Douglas. Elle pouvait être refoulée, sans difficulté, avec l'utérus dans la direction d'en haut, du côté de la symphyse. Elle avait au probablement pendant longtemps la même grosseur et

la même position. Elle peut avoir rendu difficile l'évacuation du rectum, mais ne peut être considérée comme la cause de l'affection en question. On ne pouvait injecter des lavements de plus de 150 cc. de liquide, fait qui doit être attribué à ceci, que le tube en caoutchouc ne fut pas passé le long de la tumeur située dans la fosse de Douglas et qui fermait la partie la plus inférieure du rectum.

A l'opération, on trouva dans les deux cas un volvulus de l'anse sigmoïde. Dans la cavité péritonéale on trouva chez W... un liquide jaune, chez S... un liquide sanguinolent. Dans les deux cas fut faite une incision relativement petite dans la ligne médiane, et on ne retira les intestins qu'après que, par une incision, on eût fait partir une notable partie de leur contenu. Chez W... on fit aussi une incision dans l'anse descendante du côlon transversal, qui avait été également relativement fermé par le reste du canal intestinal.

En faisant de petites incisions, on prévient le danger d'un éventrement qui, grave d'ordinaire, l'est encore davantage lorsque, par suite de l'affection précédente, le péritoine est endommagé et le cœur affaibli. Il n'est cependant pas possible de ne faire que de petites incisions, dans le cas où on ne pratique pas une ou plusieurs incisions dans les intestins tendus. Ces incisions facilitent considérablement l'orientation de la position des intestins. En outre, par elles, on supprime le contenu intestinal qui, sous bien des rapports, doit être considéré comme altéré et dont la résorption est sans doute toujours dangereuse pour le patient. Chez W..., le contenu de l'anse sigmoïde était clair comme de l'eau.

W... avait une péritonite chronique le long de son anse et de son mésosigmoïde. Celui-ci était, à la base, extrêmement étroit. La flexure redressée tendait par conséquent à se retordre constamment, fait qu'on ne put prévenir qu'en fixant la flexure à la paroi antérieure de l'abdomen. Cela nécessita encore deux incisions dans la paroi abdominale. Autant que possible, on cherchait à éviter le retour d'une courbure plus aiguë de la flexure.

Suivant les dernières recherches relatives à l'étiologie de la péritonite, le liquide péritonéal, incarcéré intérieurement ou extérieurement, par conséquent celui aussi qui s'observe dans le volvulus, peut renfermer des bactéries ou peut en être exempt. S'il y a moyen de laver l'abdomen au moyen d'une solution de sel de cuisine, portée à la température du corps, il est prudent de le faire. Quand on ne dispose pas d'une pareille solution pour effectuer le lavage, on doit, à l'aide de compresses humectées dans une solution de sel de cuisine, enlever autant que possible du liquide contenu dans le ventre.

Après l'opération, W... se trouva bien subjectivement. Il était délivré de toutes les douleurs et n'avait plus de vomissements ; mais les gaz ne s'échappaient pas par l'anus. Le gonflement du ventre augmenta et le 1er octobre réapparut le vomissement des matières fécales. Si la flexure n'avait pas été fixée à l'aide de sutures, on eût pu croire qu'elle se fût tordue à nouveau ; les symptômes, de nouveau plus graves, ne pouvaient guère s'expliquer autrement que par l'hypothèse d'une paralysie de la flexure qui ne pouvait pas faire progresser son contenu.

Après la typhlostomie (1er oct.) et l'enlèvement par le

lavage d'une quantité de gaz et de matières fécales, l'état s'améliora considérablement. Au moment de la dernière opération, l'intestin grêle était manifestement parétique jusqu'à un certain degré, car dans la nuit du 2 octobre, le patient vomit des matières puantes ; les vomissements cessèrent à la suite d'un lavage à fond de l'estomac. Dès le 2 octobre, les gaz commençaient à s'échapper spontanément par l'anus et le 4 octobre l'anus naturel, aussi bien que l'artificiel fonctionnèrent spontanément.

Lorsque, le 8 octobre, le patient mourut, il avait déjà pu prendre des aliments en abondance, et tout, dans le ventre, paraissait être en bon ordre.

Il avait eu, dès le début, un pouls irrégulier, et le 6 octobre se déclarèrent une toux et une apnée qui allèrent augmentant les jours suivants. On songea surtout à la possibilité d'une pneumonie hypostatique ou d'une broncho-pneumonie. En ordonnant dès le début des stimulants et en changeant fréquemment la position du patient dans le lit, on avait voulu, mais en vain, prévenir une complication pulmonaire possible.

A l'autopsie on constata que la flexure était encore considérablement distendue par les gaz. A son passage dans le côlon descendant, il existait dans la muqueuse une tumeur assez grande.

Il est possible que l'issue eût été autre si, dès la première opération, on avait établi un anus artificiel. Le patient eût été délivré 2 jours 1/2 plus tôt de la tension considérable du ventre et de la résorption d'un contenu intestinal altéré. Il aurait aussi pu prendre, plus tôt, des aliments, etc., toutes circonstances qui eussent dû influer favorablement sur l'activité du cœur et des poumons.

En me basant sur cette expérience, je résolus d'établir chez Mme S... un anus au cœcum, après avoir constaté que la flexure sigmoïde considérablement distendue ne se contractait pas après évacuation de son contenu à la suite d'une incision. La flexure était sans doute moins altérée dans ce cas que dans celui de W..., et c'est pourquoi dès le début les gaz et les matières fécales s'échappèrent plutôt par l'anus naturel que par l'artificiel.

Chez Mme S..., j'extirpai le myome subséreux parce qu'à mon sens une puissante compression du rectum était nuisible, d'autant que la flexure sigmoïde paraissait être complètement paralysée.

Fort de l'expérience acquise dans ces deux cas, je me permets de conseiller d'établir un anus artificiel au cœcum, dans tous les cas d'obstacles dans le gros intestin, périphériques du cœcum et que l'on a pu supprimer par la laparotomie, et lorsque la portion intestinale, détordue ou reposée, ne présente pas à la suite d'un lavage avec une solution physiologique de sel de cuisine, un pouvoir presque normal pour se contracter. Même dans une résection, avec réunion immédiate de l'intestin, par exemple, dans les cas de cancer du côlon, il faut envisager l'éventualité d'un anus artificiel au cœcum, lorsque par suite du degré de rétrécissement intestinal, on ne parvient pas à évacuer complètement, avant l'opération, la portion intestinale située au-dessus.

Par suite des inconvénients que comporte une suture intestinale primaire dans les cas de résection ou de cancer du côlon, plusieurs opérateurs ont pris l'habitude, dans ces derniers temps, de fermer la plaie en y faisant aboutir

les extrémités intestinales, quittes à rétablir, par des opérations ultérieures, l'intégrité du tube intestinal.

Au congrès de la *British medical association*, tenu cette année-ci, M. Rutherford-Morison a préconisé une nouvelle méthode de résection de l'intestin (Voir à ce sujet *Brit. med. Journal*, n° 1715, 11 novembre 1893 : A new and easy method of performing intestinal resection).

Lorsque, par exemple, dans un volvulus de la flexure sigmoïde, les altérations de la paroi intestinale sont telles que l'on peut craindre une gangrène de toute la flexure ou d'une partie qui l'avoisine, il faut, quand la gangrène est diffuse, se demander si l'on doit entreprendre une extirpation de toute la flexure. Si la portion supérieure du rectum était relativement saine et que le côlon transverse eût une longue anse descendante, il faudrait, après l'extirpation de la flexure, faire une anastomose entre le rectum et le côlon transverse : une proctocolostomie. Lorsque l'altération gangréneuse est limitée à une partie de la flexure, le mieux est de faire à la flexure un anus artificiel, avec séparation par une suture de toute la portion intestinale suspecte. Si au contraire on diagnostique une paralysie intestinale, il vaut mieux établir l'anus artificiel au cœcum. Les fonctions du cœcum ne seraient du reste nullement entravées si l'on fixait par une suture la partie latérale du cœcum à la paroi abdominale. Dans les cas où le cœcum est extraordinairement mobile, il est bon de le fixer. Un anus au cœcum peut être très facilement fermé par une petite opération supplémentaire qui ne comporte probablement pas l'ouverture de la cavité péritonéale.

OBSERVATIONS XIV, XV, XVI, XVII. — *Deux cas de volvulus de l'S iliaque, récidivés six ans après et réopérés avec succès.— Laparotomie. — Mésosygmopexie.* — Par le Pr Roux (de Lausanne), *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 janvier 1894.

OBS. XIV. — M. B... Louis de Corsier, âgé de 47 ans, agriculteur, robuste, grand travailleur, gros mangeur, s'est plaint à plusieurs reprises de maux de ventre, parfois très violents, sans localisation, qui se sont toujours terminés par guérison spontanée. Bronchite et catarrhe gastrique il y a trois ou quatre ans.

12 *avril* 1887. — Les maux de ventre recommencent dans la soirée. Le 13 au matin, M. B... descend cependant au marché, mais il est souffrant ; il ne mange rien, rentre chez lui, se repose et peut labourer dans l'après-midi. Le soir, douleurs très violentes, durant toute la nuit et augmentant sans cesse. Pas de selle depuis 36 heures. Première visite médicale, le 12 avril au commencement de l'après-midi.

Etat actuel. — Facies abdominal, visage congestionné, un peu de gêne de la respiration, pouls faible, rapide, filant. Météorisme. Ventre peu sensible à la pression, un peu plus dans la fosse iliaque droite qu'ailleurs, cependant, rien de bien accentué. La palpation est négative aussi. Douleurs constantes avec exacerbations périodiques ; les douleurs s'étendent à tout le ventre et n'ont pas de siège de prédilection. Il y a eu quelques vomissements et des nausées, pas de selle, pas de vents.

Diagnostic. — Obstruction intestinale causée très probablement par un volvulus.

Traitement. — Lavements avec siphons à long tube de caoutchouc engagé dans le rectum, injection de morphine.

Le traitement paraît améliorer l'état du malade, mais il ne sort ni selle ni gaz avec l'eau du lavement. Nouvelle piqûre de morphine après deux heures ; compresses tièdes de camomille sur le ventre. Pendant la nuit, douleurs plus violentes que jamais. On pratique un nouveau lavement à haute pression avec un réservoir et un long tube de caoutchouc terminé par un entonnoir, le malade étant sur les genoux et les coudes. Soulagement manifeste.

Le lendemain 14 avril, il sort une certaine quantité de matières fécales étendues d'eau, que l'on prendrait pour une selle naturelle. Il n'en est rien ; ce sont des matières du gros intestin mélangées avec de l'eau du lavement dont une partie seulement a été rendue. Miction très abondante. L'amélioration persiste pendant 24 heures, soutenue par des piqûres de morphine. Pas de vents, météorisme stationnaire, bien accentué. Frictions térébenthinées sur le ventre. Nouveaux lavements semblables aux précédents.

15. — L'état s'étant aggravé on transporte B... à Vevey. On est forcé d'abandonner les lavements, car ils deviennent pénibles et augmentent le météorisme. On essaie la galvanisation du gros intestin. Introduction dans le rectum d'un long fil de cuivre arrondi en spirale et protégé par un tuyau de caoutchouc, le tout baignant dans un lavement d'eau salée. Deux séances de galvanisation et deux séances de faradisation sans aucun succès. La première se passe sans difficulté ; après la seconde, le météorisme augmente. Le malade ne veut plus de ce moyen.

17. — Faradisation des parois abdominales, bains.

18. — Lavages de l'estomac.

Jusqu'à présent, le malade n'a pas eu de péritonite, pas de vomissements, pas de fièvre. Les forces diminuent, il est vrai, à cause des douleurs, de l'anxiété, de la suppression de l'alimentation, mais l'état n'a encore rien de désespéré. Pas de vents, pas de selle.

M. Roux, demandé en consultation, préfère différer encore la laparotomie.

20. — Elle devient urgente.

La veille au soir, la fièvre a débuté. La température est montée à 38°2 ; les forces déclinent. On se décide donc à tenter cette dernière chance de salut.

Opération. — En narcose, avec l'aide de MM. les D[rs] Cunéod et Perrier, nous faisons, dans une petite salle de cabaret assez mal éclairée, l'incision de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic. Vu la tension extrême de ce gros abdomen énormément distendu, nous plaçons sur les deux tiers supérieurs de la plaie, de chaque côté, deux doubles fils de soie très forte qu'un des aides tirera en les croisant à la façon des lacets

d'un soulier pour fermer la cavité abdominale au-dessus du bras explorateur engagé dans le ventre. Cette précaution n'est pas de trop, et à plusieurs reprises il faut la force de notre robuste confrère P... pour nous garantir contre la sortie des anses intestinales. Comme des lavements très copieux (4 à 5 litres) n'ont été rendus qu'en partie, nous explorons d'abord la région du cœcum, persuadés que le côlon est libre. Le cœcum paraît plus gros qu'une carafe monumentale mais plein d'air seulement.

Nous cherchons alors à suivre le côlon ascendant et transverse, ce qui est de la plus grande difficulté ; la tension du ventre est telle que les doigts une fois fléchis pour palper exactement les parois du côlon ou les points de repère voisins, il est impossible de les étendre à nouveau. A plusieurs reprises nous sommes obligés de retirer la main hors de l'abdomen, pour pouvoir la porter de nouveau, les doigts dans l'extension, entre la masse intestinale et le péritoine pariétal antérieur, afin d'explorer un nouveau segment du côlon transverse. Pour atteindre sûrement le coude colique gauche, nous devons à grand'peine introduire tout le bras dans le ventre, et c'est suant à grosses gouttes que nous cherchons à palper le rectum avant de reprendre l'exploration par trop laborieuse du côlon descendant.

Quelle est notre surprise en trouvant, juste au-devant du promontoire, le rectum aplati, resserré et cravaté transversalement par une anse intestinale également aplatie et rétrécie ; au-dessus, nouveau tour de cravate, et ainsi de suite au point de former un assez long pédicule, dont les spirales intestinales sont presque transverses. Il s'agit d'un volvulus complet de l'S iliaque énormément distendu, mais caché en entier à gauche de la ligne blanche et dans le flanc. Au bout du pédicule, l'anse dilatée, en forme de grosse torche comprimée par la pression des parois abdominales, fait péniblement un premier tour, lorsque la main ramène vers la ligne blanche la partie située dans l'hypochondre et le flanc. Deux autres prises successives font subir chacune une nouvelle rotation, et nous pouvons alors suivre l'S iliaque dans toute sa longueur.

Les parois de l'intestin ne sont pas plus enflammées que le reste de l'abdomen où la séreuse est partout hyperémiée, sans plaques de fibrine, sans coloration trop foncée.

On réduit à grand'peine les anses qui apparaissent à l'ouverture sur la ligne blanche, et c'est surtout pendant la suture que nos fils de sûreté se montrent utiles.

Suture à la soie, à points coupés, prenant à la fois tous les plans y compris peau et péritoine.

Déjà pendant le pansement une violente canonnade nous apprend le succès de la manœuvre et nous soulage tous; chercher à contrôler, après avoir détordu l'S iliaque, s'il y avait quelque autre obstacle, nous eût paru trop laborieux et surtout trop dangereux, vu les longues manipulations auxquelles avaient été soumis les intestins.

Dans la soirée grand soulagement, prostration de forces exigeant des stimulants énergiques. Un peu de fièvre ; pas de vomissements, pas de sensibilité exagérée.

Au quatrième jour, manifestation d'une pneumonie franche du lobe inférieur droit.

Cette pneumonie ne se termine pas par crise le huitième jour, mais devient subaiguë. Expectoration muco-purulente très abondante, durant jusqu'au milieu de juin et ne cessant complètement qu'en août.

Du côté de l'abdomen tout marche d'une façon aussi satisfaisante que possible. L'effet de la pneumonie sur l'état général du malade, déjà très affaibli, fut si grave qu'une terminaison fatale paraissait bien plus probable que la guérison, c'est heureusement cette dernière solution qui a eu lieu et B..., qui est venu me voir à la fin d'octobre 1887, se déclare mieux portant que jamais et a repris tous ses travaux.

Obs. XV.— Mme L. M. G..., âgée de 50 ans, de Lausanne, n'a jamais été malade. Mère de 7 enfants elle a toujours eu une digestion excellente, des selles régulières sans aucune constipation.

Le 17 juillet 1887, elle est surprise brusquement par de violents maux de ventre, avec arrêt complet de selles et de gaz. Elle cherche partout quelque meuble où appuyer son ventre pour obtenir quelque soulagement. Elle prend un purgatif qui demeure sans effet. Le lendemain M. le Dr Dind lui prescrit des lavements, qui n'amènent aucun soulagement. Le 19 le météorisme augmente et les symptômes d'occlusion s'accentuent ; on fait, sans succès, le lavage de l'estomac, qui est

répété avec le même effet négatif après consultation dans la journée du 20. Diète absolue.

Nous voyons la malade pour la première fois le 19 juillet 1887 au soir. C'est une femme bien bâtie, à face colorée, légèrement cyanosée. Pouls 90, le dessin du côlon est peu ou pas accusé. A gauche de l'ombilic un peu plus haut, voussure des dimensions d'une soucoupe. Abdomen régulièrement ballonné, pas très tendu, douloureux spontanément et à la pression seulement au niveau de la voussure ; les douleurs de péristaltique ne paraissent cependant pas nettement marquées par un début ou un arrêt brusque, ou par une localisation nette en ce point. La malade ne souffre pas trop. Elle se plaint d'une sensation de ballonnement. Ni gaz, ni selles ; éructations fréquentes sans vomissement. L'état général bon permet un nouveau lavement, qui reste sans effet ainsi qu'un lavage de l'estomac.

21 *juillet*. — Le ventre est beaucoup plus ballonné, très tendu, le gros intestin aussi. La voussure est toujours visible. La malade plus faible n'accuse aucun mieux.

On décide une laparotomie, qui semble d'autant plus justifiée qu'on sait où prendre l'anse tendue. On opère séance tenante dans une petite galerie si étroite que M. le Dr Dind, aidant à travers la fenêtre, se tient dans la chambre sombre voisine et que M. le Dr Widmer ne peut quitter le chevet du lit par dessus lequel il a dû passer pour se rendre à son poste.

Narcose au chloroforme. Antisepsie au sublimé. Un grand drap percé dans son milieu et trempé dans le sublimé recouvre tout le lit, laissant seule à découvert la ligne blanche aux abords de laquelle il est fixé par quelques points de suture. Incision sous l'ombilic. La main rencontre d'abord l'épiploon collé à l'anse dilatée qui forme la voussure ; celle-ci est formée par l'S iliaque comme on s'y attendait, laquelle tordue sur elle-même est comprimée par la paroi abdominale et reprend sa liberté après deux tours opérés par la main à plat ramenée de gauche à droite. C'est donc un volvulus à type « rectum en avant ». L'anse est congestionnée sans trace de sphacèle.

Réduction, suture, pansement complet. A la fin de l'opération un vomissement. Des détonations nombreuses attestent le succès.

Jusqu'au soir quatre selles abondantes. Le pouls varie de 76 à 90. T. 37°3 ; thé et glace, aucun vomissement.

29. — On ôte une partie des fils.

2 *août*. — On enlève les autres. Guérison complète. Aucune fièvre, aucun accident dès lors.

La malade craignant une rechute est restée au lit pendant trois semaines depuis l'opération.

Obs. XVI. — Notre ami Louis B..., âgé maintenant de 53 ans, entre à l'hôpital, le 28 octobre 1893, pour une crise semblable à celle de 1887, mais plus violente, à ce qu'il raconte (voir obs. XIV). Depuis sa première opération, il ne ressentait que rarement des douleurs vagues, dans le ventre. Quelquefois constipé, en général selles normales. Deux jours avant le début du mal actuel il ressentait quelques douleurs à l'épigastre, le 27 il eut deux selles, la dernière accompagnée de nombreux renvois qui le soulagèrent.

A 1 heure du matin, il prit du sel d'Angleterre, sans effet, à 4 heures huile de ricin également sans effet, puis 3 fois 15 gouttes de laudanum pour calmer les douleurs qui remplacèrent l'évacuation. Diète.

Ni vents, ni selles, c'est pour le malade un point noir à l'horizon. On court chercher un médecin. Après une modeste séance de traitement à la Kneipp, dans l'écurie, on essaie d'administrer au malade plusieurs lavements qui, dit-il, le font beaucoup souffrir. Aucun effet, si ce n'est d'augmenter le ballonnement du ventre. Une heure après, sans ingestion d'aliments, les vomissements commencent. Dans la journée sept à huit vomissements bilieux qui se répètent à deux reprises en arrivant à l'hôpital, pas d'odeur fécaloïde.

Les douleurs ont augmenté beaucoup ; elles ont l'allure de crises revenant chaque demi-heure et pendant lesquelles le malade se sent très mal. Elles précèdent les vomissements.

Etat à l'entrée. — Langue chargée, haleine fétide. Rien aux poumons, ni au cœur. Pouls bon, 80. Température, 37°.

Ventre très ballonné, distendu, à percussion tympanique jusqu'au rebord costal. Pas de résistance particulière nulle part. Partout la consistance est élastique, rénitente. Cependant le malade nous dit sponta-

nément que dans les crises douloureuses, il sent dans le flanc gauche une « bosse » particulièrement pénible.

Nous voyons le malade en état nauséeux, à 10 heures du soir ; estimant que nous avons affaire à une récidive de son volvulus sigmoïde nous lui proposons une répétition de l'opération sans narcose, ce qu'il accepte sans hésiter. Cocaïnisation morale de l'ancienne cicatrice. Comme la suture avait été unique en 1887, nous annonçons à nos aides que des anses sont probablement soudées derrière une cicatrice très fine et nous coupons en conséquence.

A peine avons-nous sectionné 2 ou 3 millimètres sous un épiderme très fin, que nous arrivons (au travers d'un tissu cicatriciel uniforme dans ses couches) jusqu'à la muqueuse de l'intestin ; celle-ci est même trouée d'un pertuis minuscule. Devant l'angoisse du malade et l'énorme ballonnement du ventre nous n'hésitons pas à utiliser cet accident opératoire et agrandissant de quelques millimètres notre fin pertuis nous faisons évacuer rapidement plusieurs litres de matières liquides, jaunes grises, d'aspect argileux, ce qui soulage le patient. Nous suturons alors notre hiatus intestinal en attirant quelques débris de tissu conjonctif néoformé, pour garantir la suture ; puis nous passons en dehors de la ligne blanche de chaque côté, pour détacher toutes les adhérences et ouvrir largement le ventre.

Nous trouvons plusieurs anses grêles qui sont accolées à la vieille cicatrice comme du reste entre elles, souvenir et conséquence de nos pénibles manipulations en 1887.

Nous arrivons alors facilement sur la « bosse » qui n'est autre que l'S iliaque relapse, ayant donné un tour sur elle-même, type rectum en avant. Mais cette fois il est facile de comprendre l'accident, car le mésentère s'est resserré transversalement, dès sa base à la partie flottante de l'S iliaque, de manière à former une raquette étroite longue de 20 centimètres au moins en plus que la longueur du méso des parties de l'S situées au-dessus et au-dessous. C'est évidemment une récidive préparée par l'infiltration du centre du pédicule en 1887.

Pour éviter un nouvel accès, nous suturons la face externe du méso, vers son insertion à la partie flottante de l'intestin, à la paroi abdominale antéro-latérale. Suture étagée au catgut, suture de la peau au crin de Florence. Pansement collodionné.

Lavement, gros drain dans l'anus. Il s'écoule une grande quantité de fèces liquides sur la table d'opération, le malade se sent beaucoup mieux.

Un vomissement dans la nuit et plusieurs le jour suivant, ce qui nécessite le soir un lavage d'estomac. Température, 38°6.

Le 30 *octobre* encore un vomissement.

Le 12 *novembre* plusieurs selles diarrhéiques, mêlées de sang, ou tout au moins d'une teinte franchement rougeâtre.

Le malade nous quitte, au commencement de décembre, muni d'une sangle.

Les fonctions gastro-intestinales sont excellentes.

Obs. XVII. — Mme Louise Marguerite G..., à Lausanne, 56 ans, entre à l'hôpital le 3 décembre 1893.

Jamais aucun cas d'occlusion dans sa famille. La malade a été opérée avec succès, il y six ans, pour une affection qui présenta des symptômes de tous points identiques à ceux qu'on observe aujourd'hui (obs. XV).

Depuis l'opération sa santé a été excellente. Jamais de troubles digestifs. Les selles, en particulier, étaient toujours régulières et normales, et la malade ne souffrait pas de maux de ventre. Depuis quelques semaines, elle avait un peu de diarrhée, sans être autrement malade.

Le 29 novembre 1893 pendant son travail, elle a été prise assez brusquement, de douleurs vives dans l'abdomen, surtout dans le flanc gauche, mais plus tard aussi à l'épigastre et dans le reste de l'abdomen. Pendant la journée, elle a remarqué que son abdomen se ballonnait assez rapidement, et elle n'a pas pu aller à la selle, sauf très peu le lendemain matin, après avoir pris un lavement. Le 28, elle avait eu une selle abondante. Depuis le 29, elle n'a plus rendu de gaz. Les douleurs partaient du flanc gauche et se dirigeaient vers le rebord costal, puis dans le reste de l'abdomen. La malade a eu plusieurs fois des gargouillements très bruyants ; elle ne sait dire s'ils avaient une direction régulière.

Le météorisme a augmenté jusqu'au 2 décembre, puis il est resté stationnaire. Encore aujourd'hui, le 3, la malade a eu des douleurs

assez vives sous forme d'élancements dans l'abdomen, accompagnés de gargouillements.

Elle a pris un peu de soupe à la farine le 30 novembre ; à part cela et un peu d'eau, diète absolue. Le médecin lui a fait prendre, sans résultat, des purgatifs et des lavements de glycérine et d'huile. Aucun trouble de miction. Amaigrissement les derniers jours. La malade n'a pas eu de vomissements, quelques renvois.

Etat à l'entrée. — Femme un peu amaigrie, face colorée ; respiration un peu courte, pouls plein, régulier, à 88. Température, 37°, cœur et poumons normaux ; langue humide et rose ; météorisme très prononcé, occupant symétriquement tout l'abdomen, la région épigastrique restant assez libre. Percussion tympanique partout, pas de matité dans les flancs. Les parois abdominales ne sont pas très tendues ; la pression n'est que peu douloureuse et seulement dans le flanc gauche, en un point qui est plus ballonné que le reste de l'abdomen, près de l'ombilic. La percussion y révèle un son très nettement plus haut que dans tout le reste de l'abdomen, où elle est uniformément tympanique (tension plus forte des gaz), à la palpation on ne trouva aucune résistance bien nette. Coloration normale de la peau. Sur la ligne blanche, cicatrice ancienne peu visible s'étendant depuis l'ombilic jusque tout près de la symphyse. Pas d'œdème des jambes.

Diagnostic. — Iléus par torsion de l'S iliaque ; récidive.

Opération, 4 décembre 1893. — Injection de morphine et atropine. Narcose à l'éther. Incision médiane de 10 centimètres environ arrivant en bas un peu au-dessus de la symphyse. On incise avec précaution, vu que l'on suppose l'existence d'adhérences intestinales aux parois abdominales. Le péritoine ouvert par une courte incision, on constate que l'intestin est libre et on ouvre alors rapidement la séreuse dans toute la longueur de l'incision des parois. Il est à noter qu'il n'existait au niveau de l'ancienne cicatrice aucune diastase des parois qui étaient solides et normales.

Le péritoine ouvert, il s'écoule une certaine quantité de liquide clair, jaunâtre, et l'on voit proéminer au dehors une anse intestinale très distendue de la largeur d'un bras à peu près, de couleur rosée, sans altération, de 30 centimètres environ de longueur. On constate que l'on a affaire à l'S iliaque tordu comme on s'y attendait.

On détord l'intestin et introduisant un gros drain dans l'anus, on provoque immédiatement, en pressant sur l'anse, une évacuation complète des gaz.

Le mésentère est raccourci transversalement, surtout entre les deux extrémités de l'anse, et la torsion a une grande tendance à se reproduire dès que l'on abandonne l'S iliaque. On le fixe alors à la paroi abdominale par une suture continue au catgut accolant le méso vers son insertion à l'intestin, avec le péritoine pariétal antéro-latéral.

Ceci fait, les anses sont réduites dans la cavité péritonéale, et la suture étagée habituelle des parois est faite au catgut ; pour la peau on se sert du crin de Florence. Un gros drain est placé dans le rectum.

5. — Une selle abondante. Langue bonne. Pas de fièvre. Abdomen beaucoup moins ballonné.

6. — Le drain rectal est enlevé. Une selle. Le pansement étant traversé par le sang on le renouvelle. La plaie ne présente rien d'anormal et l'abdomen est encore ballonné.

7.— La malade a bon appétit. Hier, elle a mangé de la choucroute, aujourd'hui du poulet.

Ballonnement beaucoup plus faible. Deux selles. La malade se décide enfin à se lever ; elle n'a pas osé le faire plus tôt, en se rappelant les précautions de 1887 à ce sujet.

11. — On enlève les fils, réunion par première intention. Pansement collodionné.

14. — La malade quitte l'hôpital en excellente disposition confirmée le 2 janvier 1894.

Observation XVIII. — *Etranglement par torsion du gros intestin avec une disposition spéciale du mésocôlon descendant.* — Angelesco, interne des hôpitaux, *Bulletin de la Soc. anat.*, janvier 1895.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique une pièce provenant d'une malade morte d'étranglement interne à la Salpêtrière et qui présente quelques particularités intéressantes.

Il s'agit d'une femme de 78 ans qui se portait bien jusqu'à lundi 21 janvier. A cette époque elle est prise de douleur dans le ventre, de nausées, constipation opiniâtre et ballonnement énorme du ventre ; en un mot les signes d'étranglement interne.

Mon ami Léopol Levi, à l'obligeance duquel nous devons cette pièce, l'admet en médecine le 23 janvier, c'est-à-dire le troisième jour de sa maladie. Le même jour la malade meurt.

Autopsie. — Nous trouvons le gros intestin présentant une dilatation énorme, l'estomac est refoulé en haut et en arrière ; le cæcum est dilaté au maximum, il en est de même du côlon ascendant et de la moitié droite du còlon transverse. Cette dilatation se continue jusqu'au niveau de l'étranglement ; à partir de cet endroit la dilatation du gros intestin est plus prononcée et l'aspect de l'intestin noir, congestionné, se continue jusqu'à la partie inférieure de l'S iliaque. A ce niveau l'intestin commence à avoir un aspect normal. Si nous examinons maintenant l'étranglement nous voyons qu'il siège en deux points différents par rapport à l'intestin. Le premier étranglement se trouve un peu à gauche de l'angle duodéno-jéjunal, et il siège sur la moitié gauche du côlon transverse. Il est formé de la manière suivante : le côlon transverse passe sous un pont formé par la partie moyenne de l'S iliaque et par une bride formée par la continuation du mésocôlon transverse avec le mésentère et le mésocôlon descendant à ce niveau, *le gros intestin est noir, en partie sphacélé* et diminué de volume.

Le deuxième étranglement se trouve situé à la partie inférieure de l'S iliaque et il est produit par la pression sur l'S iliaque du côlon transverse et de la bride citée plus haut. En d'autres termes si on fait une coupe au niveau de l'étranglement, on trouve d'avant en arrière la partie moyenne de l'S iliaque avec son mésocòlon iliaque, le côlon transverse et tout à fait en arrière la partie inférieure de l'S iliaque. Donc l'S iliaque présente une concavité inférieure qui est à cheval sur le còlon transverse.

Cette torsion ne peut s'expliquer que par une disposition spéciale du mésocòlon descendant, c'est-à-dire par l'absence d'insertion du mésocôlon descendant sur la paroi abdominale postérieure, ce qui existe du reste dans notre cas.

Quant au mouvement qui a produit cette torsion il est double : dans un premier temps l'angle gauche du côlon a subi une torsion de bas en haut et d'avant en arrière ; dans un deuxième temps cette torsion est complétée par un mouvement de haut en bas et d'arrière en avant, par conséquent en sens inverse de la première torsion.

Réflexions (Angelesco). — De la lecture de cette observation il résulte que l'opération aurait produit dans ce cas un très bon résultat, la torsion étant très facile à réduire sans avoir recours à autre chose qu'à un changement de position de l'angle tordu.

Observation XIX. — *Société clinique de Londres*, mai 1895.

M. Bentham lit, en son nom et au nom de M. Silcock, un mémoire sur un cas d'occlusion intestinale aiguë causée par un volvulus de l'S iliaque, traité et guéri par la section abdominale.

La malade, une femme de 56 ans, fut prise à la suite d'une constipation rebelle de nausées fréquentes et de vomissements couleur marc de café, mais non fécaloïdes. Deux jours plus tard l'abdomen se distendait considérablement, les vomissements étaient incessants.

Tous les moyens médicaux ayant échoué on fit la laparotomie le 3e jour sous le chloroforme.

Le côlon était énormément distendu ; l'obstruction siégeait dans l'S iliaque ; l'intestin enroulé sur lui-même en anse formait un volvulus qui put être réduit.

Il n'y avait pas trace de péritonite.

On referme la plaie. Pansement iodoformé, soulagement immédiat, les vomissements s'arrêtent, les matières sortent abondamment par les voies naturelles.

Très légère fièvre pendant quelques jours.

Au bout de 10 jours on enlève les sutures.

Après un mois guérison absolue.

L'intestin fonctionne très régulièrement.

Observation XX.

M. Gould, l'année dernière à la Société clinique de Londres, en mai 1895, cite un cas de volvulus de l'S iliaque chez un homme de 40 ans, chez lequel après avoir pratiqué une laparotomie, comme pour une colotomie inguinale, on trouva l'S iliaque distendu. Il pratiqua alors

une seconde ouverture sur la ligne médiane et fit à l'intestin une incision qui donna issue à une quantité considérable de gaz et de matières fécales.

Le volvulus s'étant reproduit, il sutura l'intestin à la paroi abdominale. Le lendemain il essaya de fermer la plaie, car l'intestin avait fonctionné, mais une petite fistule stercorale a persisté.

Guérison.

Observations XXI, XXII, XXIII et XXIV.

Plusieurs observations de volvulus de l'S iliaque, recueillies par le Dr Prioleau, de Brive, et communiquées au Congrès de Bordeaux (1895) sous le titre : considérations sur le traitement du volvulus du côlon par les lavements gazeux et la ponction capillaire des anses surdistendues.

Observations que le Dr Prioleau a bien voulu nous faire l'honneur de nous communiquer. Nous l'en remercions vivement.

1er Cas. — Nous avons été appelé auprès du malade à peine quatre heures après le début des accidents qui étaient représentés par une douleur vive dans la région iliaque gauche avec commencement de tympanisme du côlon ascendant. Connaissant notre malade qui avait habituellement de la constipation avec sigmoïdite et pneumatose abdominale, nous songeâmes à quelque accident d'obstruction intestinale avec d'autant plus de raison que le malade habitué à rendre de nombreux gaz par l'anus n'en avait pas rendu depuis le début des accidents.

Nous instituâmes aussitôt un traitement consistant en des lavements gazeux.

Au dernier lavement nous voyons le boudin iliaque se dilater nettement de bas en haut et le malade ressentit une violente envie d'aller à la selle. La douleur avait disparu et sous l'influence des gaz rendus par l'anus, le côlon reprit une tension modérée, ce qu'elle était habituellement chez notre malade.

Le cas fut facilement guéri.

2e Cas. — Il s'agit ici d'un malade présentant les mêmes symptômes que précédemment, mais durant depuis cinq heures.

Nous employons les lavements gazeux et à notre grand étonnement le malade qui se plaignait de douleur dans la fosse iliaque gauche accuse franchement un déplacement de cette douleur, sans modification des autres symptômes. La douleur est remontée vers le flanc gauche et siège maintenant sous l'extrémité antérieure de la 9e côte, assez exactement au coude gauche du côlon. En même temps le côlon transverse a augmenté de volume, il est plus saillant alors que le côlon descendant après les lavements se vide au point de ne plus offrir la même saillie qu'il offrait avant les lavements. Il est à croire que le volvulus s'était déplacé sous l'influence de la poussée donnée par les lavements gazeux, ce qui avait amené le déplacement de la douleur et le changement de volume dans le côlon descendant.

De nouveaux lavements furent nécessaires et la pression étant plus forte, nous arrivâmes à vaincre l'obstacle et le malade guérit parfaitement.

3e et 4e Cas. — Enfin chez deux autres malades souffrant depuis déjà deux jours et dont les côlons étaient très ballonnés, les lavements gazeux arrivèrent à vaincre l'obstacle, mais seulement après plusieurs ponctions capillaires, pratiquées à l'aide de l'appareil Potain.

Ces observations portent toutes sur des personnes âgées d'au moins 50 ans, ayant généralement de la constipation par paralysie intestinale avec météorisme habituel de l'abdomen et de la région des côlons principalement.

Les symptômes sont apparus brusquement avec douleurs assez bien localisées dans la région de l'S iliaque, s'irradiant ultérieurement dans tout le ventre, mais présentant toujours un maximum bien marqué au point siège probable de la lésion.

Le ballonnement a toujours siégé dans le côlon et primitivement au-dessus du point que la douleur indiquait comme celui du volvulus. A ces signes s'ajoutaient ceux habituels de l'occlusion.

Trois nouveaux cas d'occlusion intestinale dus au volvulus de l'S iliaque (diagnostic, basé sur ses signes spéciaux) ont été communiqués par le même auteur au congrès de Carthage, 1896. Nous avons vu au chapitre traitement, comment le Dr Prioleau obtint leur guérison.

CONCLUSIONS

Le volvulus de l'anse oméga, le plus fréquent de tous, est constitué par la torsion de cette anse autour d'un axe formé par son méso.

C'est une affection de la fin de l'âge adulte et de la vieillesse ; plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

La longueur anormale de l'S et de son méso (congénitale ou acquise par un état de constipation habituel) en est la cause prédisposante.

La cause efficiente de la torsion paraît être :

Un mouvement violent quelconque, un effort de défécation ayant pour conséquence le rapprochement subit des deux extrémités de l'anse, par suite de la contraction du mésocôlon à son insertion pariétale, permettant par exemple à la branche gauche, d'exécuter un demi-tour ou plus sur la portion droite de cette même anse, soit en avant, soit en arrière. Le plus souvent le rectum est en avant.

Son diagnostic, contrairement à l'opinion déjà ancienne, émise par Peyrot, peut être fait sur le vivant, si l'on tient compte, outre les signes propres aux étranglements siégeant sur la fin du gros intestin, de certaines particularités tenant à l'âge du malade, à ses antécédents, aux signes fournis par la vue, la palpation et la percussion de l'anse étranglée (signe de Roux, Von Wahl), à l'exploration physique par le rectum (sondes, injections liquides ou gazeuses, auscultation du côlon, de l'eau y étant injectée, mensuration de cette eau), enfin à la marche de la maladie.

Le pronostic en est redoutable. Guéri par l'opération il a une tendance à récidiver.

La mort très rapide dans quelques cas est inévitable si l'on n'intervient pas.

Il faut tout d'abord instituer un traitement médical rapide et énergique (opium, lavements électriques, lavements gazeux ou liquides, ponctions capillaires).

Si les résultats de ce traitement sont négatifs, il faut le plus promptement possible entreprendre la laparotomie.

La détorsion ayant été obtenue, il faudra pour empêcher la récidive, pratiquer l'opération de Roux (de Lausanne) ou mésosygmopexie, c'est-à-dire : fixer solidement à la paroi gauche et antérieure de l'abdomen, dans toute sa hauteur, le méso de l'anse oméga, presque jusqu'au niveau de la ligne blanche.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Angelesco. — Etranglement par torsion du gros intestin avec une disposition spéciale du mésocôlon descendant. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1895.

Ardle (Mc). — The Treatment of volvulus of the sigmoïd. *Dubl. J. m. soc.*, 1893, XCV, 97-107.

Armsby. — A case of volvulus. *Med. Gaz.*, N.-Y., 1883, X, 399.

Bacon. — A new operation for the cure of strictures of the rectum and sigmoïd. *Mathews Med. Quat.*, Louisville, 1894, 1, 1-7.

Barié et Du Castel. — Epithélioma cylindrique de l'S iliaque ayant produit des phénomènes d'étranglement interne. Laparotomie ; étude sur le diagnostic différentiel entre le cancer de l'intestin et le volvulus. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1879, LIV, 703-12.

Barton. — A case of volvulus. *Dub. J. m. sc.*, 1883, 3. s., LXXV, 82.

Barton (J.). — Case of volvulus. *Brit. M. J.*, Londres, 1882, II, 1257.

Bentham. — Cas aigu de volvulus de l'S iliaque. Traité et guéri par la section abdominale. *Soc. cliniq. de Londres*, mai 1895.

Béraud. — Sigmoïd flexure ; perforation of cœcum. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1847, XXII, 280-83.

Besnier. — *Mémoire sur les étranglements intestinaux*, Paris, 1860.

Birkett. — Cancer of the sigmoïd flexure of the côlon causing obstruction of the bowels, cancer in the liver. *Tr. path. soc.*, Londres, 1868, XIX, 221-24.

Bourcart (A.). — *De la situation de l'S iliaque chez le nouveau-né dans ses rapports avec l'établissement d'un anus artificiel*, 4°, Paris, 1863.

Braun (H.). — Traitement opératoire des torsions de l'S iliaque. *Arch. für kl. Chir.*, Berlin, 1892, XIII, 164-195.

Busk. — Sur un cas de volvulus de l'S iliaque. *Path. soc. of London*, t. V-I, p. 108.

Catrin. — Obs. de volvulus de l'S iliaque ayant amené la mort au 6[e] jour sans vomissements fécaloïdes. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1894, XI, 697-701.

Cahier. — Les occl. aiguës de l'intestin. *Bibl. Charcot-Debove*, 1896.

Doyle (J.). — Stricture of sigmoïd flexure. *Brit. M. J.*, Londres, 1892, I, 717.

— Case of stricture of sigmoïd flexure of the côlon. *Tr. Roy. Ac. med. Irel.*, Dublin, 1891, 2, X, 81-84.

Deaver (J.-B.). — Remarks upon the treatment ot stricture of the sigmoïd flexure and of the first portion of the rectum. *N.-Y. med. Journ.*, 1894, LIX, 27-29.

Deaver. —The treatment of stricture of the sigmoïd flexure and of the first portion of the rectum. *Ann. Lectures*, Detr., 1894, n° 3, XVIII, 127-29.

Delépine. — Ileo-cœcal intussusception with involvement of the duodenum, passage of the cœcum and vermiform appendix from the right into the left iliac region. *Tr. pat. soc.*, Londres, 1890-1, XLII, 124.

Ducastel. — *Bull. Soc. anat.*, novembre 1879.

Dupleix. — Dilatation énorme de l'S iliaque. *Progr. méd.*, Paris, 1877, V, 953.

Easton. — Volv. de l'S iliaque. *An. méd.*, 1851.

Elliot (J. W.). — Strangulation of Meckel's diverticulum caused by volvulus of the ileum. *Tr. ann. surg. ass.*, Philadelphie, 1894, XII, 217-22.

Eisenhart. — Développement excessif congénital de l'S iliaque, occlusion intestinale. *C. Bl. f. inn. Med.*, 8 décembre 1894.

Engdahl. — On diagnosen och. behandlingen of volvulus samt om nagra andra ileus former. *Hygyea*, Stockholm, 1889, LI, 239-51.

Erlanger. — Thèse de Paris, 1875.

Esau. — *Deutsche Arch. für klin. med.*, 1875.

Finney. — Malade opéré deux fois avec succès pour volvulus. *Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juin 1893.

Faucon. — Volvulus de l'S iliaque. *Soc. de chir.*, 12 décembre 1893.

Geiger. — Volvulus. *Tr. m. ass. Miss.*, St-Louis, 1883, XXVI, 199-208.

Giamboni. — *Contrib. à l'étude du cancer de l'S iliaque*, in-4°, Paris, 1880.

Goede. — Imperforation de l'anus ; opération de Littre, succès, établissement d'un anus périnéal, guérison ; situation de l'S iliaque dans la fosse iliaque sur le nouveau-né ; théorie. *J. de méd. et ch. prat.*, Paris, 1878, 3, 3, XLIX, 546, 50.

Gould. — Un cas de volv. de l'S iliaque. Laparatomie. *Soc. clinique de Londres*, mai 1895.

Green (W. O.). — Systemic anesthesia for examination of the rectum sigmoïd flexure and lower colon. *Amer. Pract.*, Louisville, 1894, XVIII, 369, 76.

Gruber (W.). — Ueber die darmverschbeigung und incarceration

durch Kumpfer eines Knœten (Schleife) zwichen der unteren iterumportion und der flexura sigmoïden. *Arch. f. Path. anat.*, Berl., 1863, XXVI, 377, 391, 1 pl.

— Ein von einer grossen ileum Portion und einer Kleinen secundæren schlinge der flexura sigmoïdes gekneipter Knoten (schleife) dazù eine zusammenstellung der fælle derselben Sattung und der darms resultiren den classification. *Arch. path. anat.*, Berlin, 1869, XLVIII, 468-87, 2 pl.

Harrington. — Enormous dilatation of sigmoïd flexura, with history of a case. *Chicago med. J.*, 1878, 36, 400, 2.

Hartmann. — *Congrès de chir. fr.*, 1895.

Hewet et **Parker.** — *Edimb. med. et surg. Journal*, 1860.

Hood (A.). — Case of volvulus : recovery. *Austr. m. Gaz.*,Sydn., 1885, 6, V, 245.

Kelly. — A new method of exploring the rectum and sigmoïd flexure. *J. Hopk. hosp.*, Bost., 1895, déc.

Kirmisson. — Epithelioma de l'S iliaque ayant donné lieu à des symptômes d'occlusion intestinale. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1874, XLIX, 613.

Kiwul (E.). — Zur casuistik der Laparatomie bei volvulus der flexura sigmoïdes. *St-Petersb. med. Woch.*, 1893, X, et t. 437, 39.

Lammiman. — Case of volvulus of sigmoïd flexure of colon, abdominal section. *Brit. med. J.*, Lond., 1887, II, 829.

Lennander (K. G.). — Zwei Fœlle von volvulus flexura sigmoïdea mit Laparotomie reposition und tiphlostomie behandelt. *Wien. kl. Woch.*, 1895, VII, 574, 591.

Liébault. — *Volvulus de l'S iliaque*, Thèse de Paris, 1882.

Leichtenstern. — Occl. int. *Ziemssen's Handbuch*, VII, p. 2.

Lyot. — Volv. de l'S iliaque. Laparatomie, guérison. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892.

Marcano. — De los estrangulamientos rotatorios de la S iliaca. *Union med. Caracas*, 1883, III, 97-102.

Marsch (L.). — A case of acute intestinal obstruction in which the abdomen was opened ; a stricture of the sigmoïd flexure found and a false anus establisted in the linea alba ; the patient recovering. *Brit. med. Journ.*, Lond., 1870, 1, 315.

Marsh. — Sigmoïdostomy simplified. *Brit. med. Journ.*, 1892, 1, 269.

Mayo (W. J.). — Report of a case of volvulus of the sigmoïd flexure of the côlon successfully reduced after abdominal section. *Ann. surg.*, Philadelphie, 1893, XVIII, 28.

Melchiori. — Rapport de Giraldès sur la çandidat. de Melchiori, 1860. *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1860.

— Dell' volvolo dell' S iliaca. Extrait des *Annali universali di medicina*, Milan, 1859.
Melsome (**W.**). — Variation of the sigmoïd flexure of the côlon. *Proc. anat. soc. G. Brit. et Irel.*, Londres, 1893, XXX.
Michaelson. — Volvulus. *Hygiea.* Stockholm, 1894, 220, 25.
Michaux (**P.**). — *Congrès de chir. fr.*, 1895.
Morero. — Sopra un caso di volvolo. *Rivista Genova*, 1885, II, 433, 36.
Obalinski. — 110 obs. de laparotomie pour iléus. *Arch. f. kl. Chir.*, 1894, XLVIII, 1.
Parker (**E.**).— Sigmoïd flexure strangulated by the ileum. *Edimb. Med. and Surg. Journal*, 1845, LXIV, 306-8.
Péraire. — Occl. int. par torsion de l'int. au niveau de l'anse oméga. Laparotomie. Mort par pneumonie. *Soc. anat.*, 1891.
Peyrot. — Thèse de Paris, 1880.
Pitts (**B.**). — Intestinal obstruction, abdominal section, discovery of a stricture, sigmoïd flexure stitched to the margins of a separate incision in the left groin, recovery, *St Thom. hosp. Rep.*, 1881, Lond.,1882, n. s. XI, 75-79.
Pitman. — Intestinal obstruction proving fatal in seven days from stricture of the sigmoïd flexure of the colon, *Lancet*, Londres, 1863, 1, 467.
Polaillon. — Occlusion intestinale par volvulus de l'S iliaque ; laparotomie dans la région inguinale gauche, impossibilité de détruire les volvulus, établissement d'un anus artificiel. *France méd.*, Paris, 1883, 1, 85-90.
Potain. — Clinique de l'hôpital Necker. *Gaz. médic.*, nov. 1875.
Prioleau (**L.**). — Cas d'obstruction intestinale par volvulus siégeant à l'union de l'S iliaque et du rectum. *J. de méd. Bord.*, 1883-4, XIII, 38-40.
Prioleau (**L.**).— Considérations sur le traitement du volvulus du côlon par les lavements gazeux et la ponction capill. des anses surdistendues. *Congrès de Bordeaux*, 1895. *Congrès de Carthage*, 1896.
Ramsay. — A raport of a new method of examining the rectum and sigmoïd flexure. *Mathew's med. quater.*, 1895, avr.
Reeves (**H.**). — Sigmoïdostomy simplified. *Brit. m. J. Lond.*, 1892, I, 66.
Revilliod. — Volvulus ; côlon descendant tordu 2 fois sur lui-même. *Bull. Soc. méd. Suisse rom.*, Lausanne, 1874, VIII, 297, 301.
Rolleston (**H.**). — Volvulus of small intestine. *Tr. Path. soc. Lond.*, 1889, 90, XLI, 129, 131.
Roser (**W.**).— Zùr operation des volvulus. *Cl. f. Chir.*, Leipz., 1883, X, 681.

Roux. — Zur Verhutung der recidivs bei volvulus. *C. f. Chir.*, Leipz., 1894, XXI, 865.
— *Revue médicale de la Suisse romande*, 1, 1894.
Rokitansky. — *Arch. génér de méd.*, 2e série, t. XIV, p. 202.
Sée (G.). — Occlusion intestinale, cancer de l'S iliaque, anus contre nature. *Bull. m. de soc. de chir.*, Paris, 1880, n. s. VI, 631-43.
Santvoord (V.). — A case of volvulus involving the sigmoïd flexure. *N. Y. med. J.*, 1886, XLIII, 225.
Schillock. — A case of volvulus. *North. Lanc. S. Paul*, 1883-4, III, 259.
Sharpless. — Volvulus of the sigmoïd flexure operation. *Med. sentinel*, Portl-Oregon, 1894, II, 336.
Skeer (J.). — Stricture of the sigmoïd flexure of the colon. *Chic. M. J.*, 1884, XLIX, 549-51.
Sterry (S.-H.). — Stricture of the colon at its sigmoïd flexure terminating fatally. *Lond. M. Rep.*, 1823, XIX, 359-62.
Stocquart. — Note sur l'anatomie de l'S iliaque et du rectum dans l'enfance. *J. de méd. ch. et ph.*, Bruxelles, 1880, LXX, 548-51.
Trastour. — De la dilatation passive de l'S iliaque et de ses conséquences au point de vue clinique. *J. de méd. de l'Ouest*, Nantes, 1878, 2-3, II, 165-69.
— De la dilatation passive de l'S iliaque et de ses conséquences au point de vue clinique. *Rev. m. de méd. et ch.*, Paris, 1880, IV, 277-94.
Trousseau. — *Cliniques*, mai 1857.
Tornu. — Occlusion intestinale par torsion du gros intestin ; laparotomie, colopexie transverse. *Ann. de circ. med. argentino*, 1892, no 4.
Tuffier (T.). — Invagination de l'S iliaque dans le rectum. Laparotomie latérale, anus de Littré, mort, lipome de l'intestin. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1881, LVI, 541-45.
Wahl (von). — *Arch. für klin. Chir.*, 1888, t. XXXVIII, Handb. II, p. 233.
— Diagn. des occl. intest. par étrangl. ou torsion. *Centr. f. ch.*, 1889, p. 153.
Walsham. — Volvulus of the cœcum. *Tr. path. soc.*, Londres, 1887-8, 39, p. 110.
Weinlechner. — Ileus in Folge einer oder der Flexura sigmoïdea befindlichen 8 ot Langen cancrœsen strictur Laparotomie; darmresection Tod nach. Stunden. *Ber. d. k. k. krank. rud. stift. in Wien* (1883) 1884-267.
Whitney. — Twist of the sigmoïd flexure of the côlon. *Ann. med. Bisweekly*, Louisville, 1877, X, 123-26.
Wright (H.). — Stricture of the sigmoïd flexure of the côlon, with

perforating ulcer fatal, five weeks ofter labour. *Tr. path. soc.* Londres, 1855, 6, VII, 205, 9.

Zilgien. — S iliaque à vésicules. Considérations sur la pathogénie de cette altération. *Rev. méd. de l'Est*, 1894, 4, 109.

Zuckerkandl. — Ueber volvulus und Bruchsack. *Allg. Wien. med. Zeitung*, 1887, XXXII, 633-645.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.